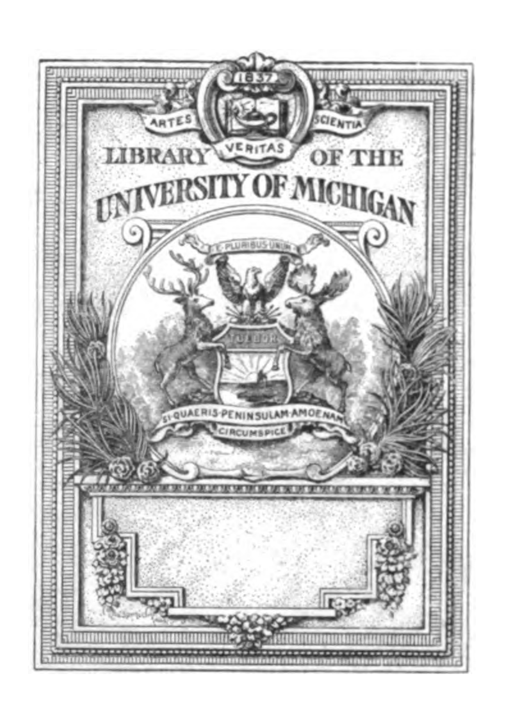
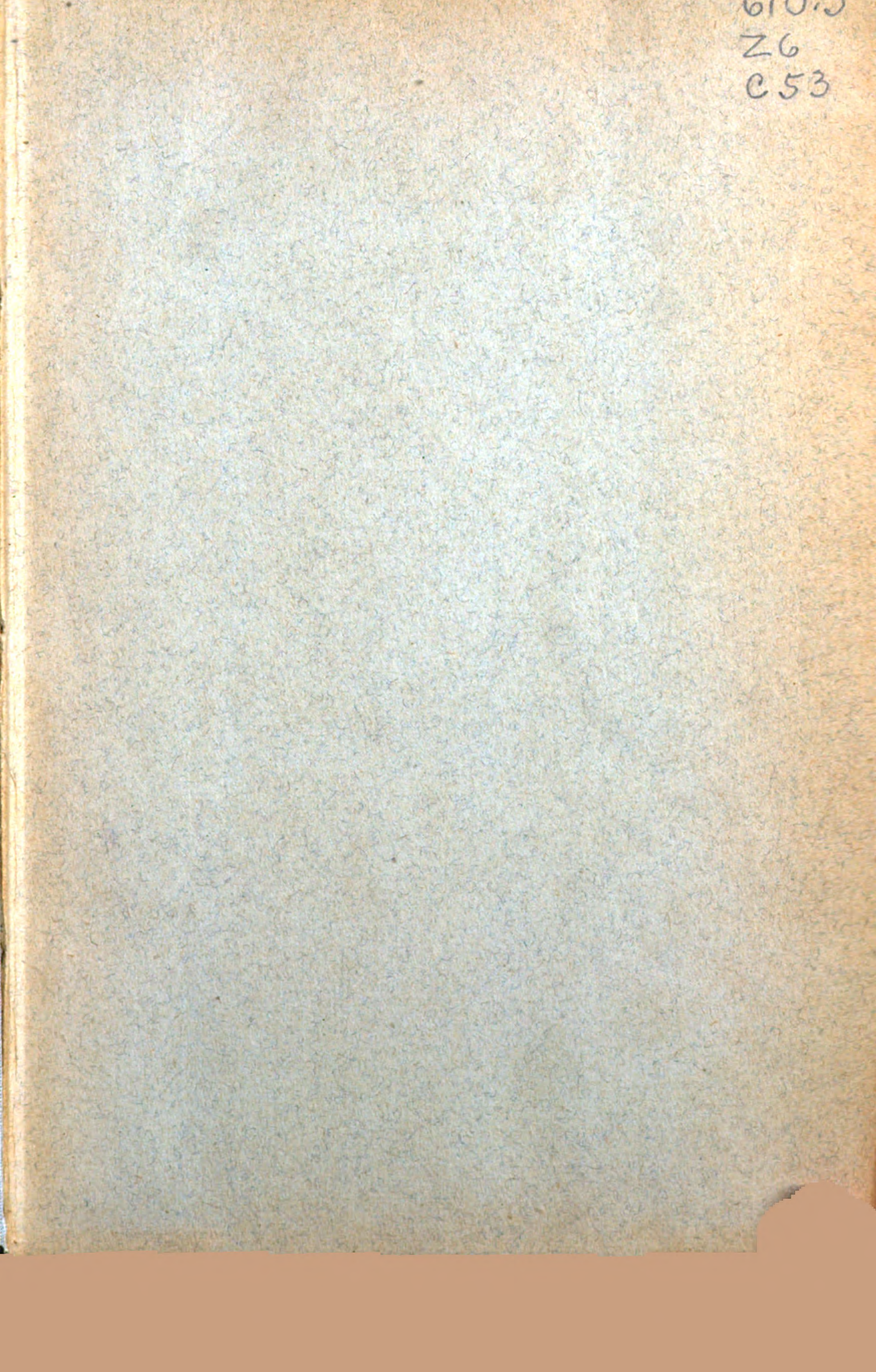



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, **F. König,** **E. Richter,**
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreißigster Jahrgang.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.
1905.

Originalmitteilungen.

a*

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu Nr. 30, welche den Bericht über den XXXIV. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)

Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu Nr. 30, welche den Bericht über den XXXIV. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 1. Sonnabend, den 7. Januar. 1905.

An Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. E. Richter, *Breslau.*

Hochverehrter Herr Kollege!

Wir können den Tag, an welchem Sie vor jetzt 25 Jahren die Redaktion des Zentralblatts für Chirurgie übernahmen, nicht ohne dankbare Erwähnung dessen, was Sie in dieser Zeit für das Blatt und damit für die Chirurgie getan haben, vorübergehen lassen.

Wenn auch bei der Übernahme des Blattes neben Ihnen Richard Volkmann und Franz König und in der Folge nach Volkmanns Tode noch Ernst von Bergmann die Verantwortung für dasselbe übernahmen und ab und zu in das Räderwerk der Maschine eingegriffen haben, so waren solche Eingriffe einmalige, vorübergehende und mühelose Leistungen, während Sie unermüdlich und dauernd für das Werk gearbeitet haben. Sie haben dasselbe durch die Sammlung sämtlicher, auch der internationalen Literatur, welche Sie teils persönlich in ausgezeichneter Weise referierten, während Sie mit großem Geschick in der Wahl sachverständiger Referenten vorgingen, zu einer Fundgrube für alles, was in der verflossenen Zeit in der chirurgischen Kunst und Wissenschaft, sowie in den ihnen verwandten Disziplinen geschaffen wurde, gemacht. Das Zentralblatt für Chirurgie ist für uns deutsche Chirurgen, aber auch für die Chirurgen andrer Nationen zu einem Hilfsmittel geworden für alle, welche sich in der Richtung chirurgischer Kunst und Wissenschaft, wie sie im Laufe der Jahre erwächst, belehren wollen. Niemand weiß das besser als die, welche bestrebt sind, die Leistungen des Zeitabschnittes in Lehre umzusetzen. Sie finden darin direkte Mitteilung und den Hinweis auf die Quellen, aus welchen die Mitteilung geschöpft wurde. Aber auch der Fachchirurg und der Arzt kann des Werkes nicht entbehren, wenn er sich über bestimmte Fragen wissenschaftlich orientieren will.

Daß die deutsche Literatur ein solches Hilfsmittel hat, das danken wir Ihnen. Aus vollem Herzen wünschen wir, daß Sie noch lange unserm Zentralblatt erhalten bleiben, damit dasselbe auch in der Folge das bleibe, was es bis jetzt gewesen ist.

König. E. v. Bergmann.

I.

Zur Sauerstoff-Chloroformnarkose.

Aufforderung zu einer Statistik.

Von

Dr. Roth,

Oberarzt am Allgemeinen Krankenhause zu Lübeck.

Die Frage, ob das Blut des gesunden Menschen unter erhöhter Sauerstoffzufuhr einer größeren Oxydation fähig ist, ist auch heute noch nicht endgültig entschieden. Noch mehr umstritten ist die Frage nach dem Werte der Sauerstoffzuführung bei pathologischen Zuständen, seien sie durch Dyspnoe oder Intoxikationen verursacht. Auf der einen Seite herrscht ein großer Enthusiasmus, auf der anderen ein ebenso ablehnender Skeptizismus. Weder der eine noch der andere Standpunkt erscheint vor der Hand berechtigt, und die bisherigen Erfolge fordern dazu auf, weitere Versuche anzustellen über den Wert der Sauerstoffbehandlung bei verschiedenen Arten der Erkrankungen und Vergiftungen unter Berücksichtigung der verschiedenen Möglichkeiten der Zuführung des Gases. Wie es durch anhaltende Zuführung reinen Sauerstoffs durch die Luftwege nach einfachem Flüssigkeitsersatze des entzogenen Blutes oder durch Einspritzung einer mit Sauerstoff gesättigten Kochsalzlösung, unterstützt durch lange fortgesetzte

Einatmung reinen Sauerstoffs, möglich ist, den kritischen Zeitpunkt nach der Verblutung zu überwinden und das Leben so lange hin zu halten, bis die zur dauernden Rettung notwendige Blutregeneration stattgefunden hat, hat Küttner durch das Experiment bewiesen und uns auf dem Chirurgenkongreß 1903 berichtet. Diese Versuche Küttner's sind gewiß von großer praktischer Bedeutung und gegebenenfalls zu verwerten.

Von größter Wichtigkeit muß es nun aber dem Chirurgen sein zu wissen, ob er in dem Sauerstoffe bei der Narkose, die er täglich vornimmt, ein Mittel besitzt, welches diese ungefährlicher zu gestalten vermag. Bekanntlich ist die gleichzeitige Darreichung von Sauerstoff und Chloroform schon älteren Datums; aber obgleich alle, die dieselbe angewendet haben, sehr entzückt davon waren, hat die Methode doch nie rechte Verbreitung gefunden. Das lag offenbar daran, daß es an einem zuverlässig arbeitenden und handlichen Apparate fehlte. Auch der von Wohlgemuth auf dem Chirurgenkongreß 1901 demonstrierte Apparat konnte wegen mancher Mängel keinen rechten Eingang finden; es hat Wohlgemuth offenbar — wie häufig dem Arzte — an guten technischen Mitarbeitern gefehlt, die der Schreiber dieser Zeilen in den Herren Dräger, Vater und Sohn, gefunden hat, die ebensoviel wissenschaftliches Verständnis als technisches Können in sich vereinigten.

Erst als ein zuverlässig arbeitender und leicht zu handhabender Apparat vorhanden war, hat die Sauerstoff-Chloroform- resp. Sauerstoff-Chloroform-Äther-Narkose (Krönig) ausgedehntere und dauernde Anwendung gefunden.

Die Literatur über die Sauerstoffnarkose mit dem Apparate Dr. Roth-Dräger ist denn auch in den letzten Jahren eine recht große bereits geworden, und die Methode hat sich viele Freunde erworben. Die anfangs gefürchtete und auf Grund von nicht einwandsfreien Versuchen (Michaelis, Falk) behauptete Zersetzung des Chloroforms findet nicht statt; es war diese Frage selbstverständlich schon vor meiner Demonstration auf dem Chirurgenkongreß 1902 sorgfältig von mir geprüft worden[1]; Kümmell, Müller, Hahn u. A. haben durch ihre Untersuchungen bestätigt, daß eine Zersetzung nicht stattfindet. Alle, welche die Sauerstoff-Chloroformnarkose mit dem Apparate ausgeführt haben, sprechen sich ohne Ausnahme sehr günstig aus, viele haben die feste Überzeugung gewonnen, daß die Gefahr der Narkose durch die Methode herabgesetzt wird. So konstatiert in letzter Zeit Oertel[2] auf Grund eingehender Versuche in der Kieler Klinik die Tatsache, »daß die Sauerstoff-Chloroformnarkose eine erheblich größere Sicherheit gegenüber der gewöhnlichen Narkose gewährt«. Kehr sagt in seinem neuesten Berichte[3] über seine Gallensteinlaparotomien folgendes: »Seitdem die Sauerstoff-Chloroformnarkose in

---

[1] Deutsche med. Wochenschrift 1903. p. 168.
[2] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIV.
[3] München, J. F. Lehmann, 1904.

meiner Klinik zur Anwendung gekommen ist, hat die Narkose ihre Schrecken verloren. Kein Pat. ist mehr cyanotisch geworden, bei keinem war es notwendig, die Zunge längere Zeit vorzuziehen, keine einzige Störung hat den glatten Gang der Operation aufgehalten.«

Kehr erkennt einen hervorragenden Anteil an den guten Erfolgen seiner Operationen der Sauerstoff-Chloroformnarkose zu und sagt von dem Apparate: »er nimmt manche Sorge und schafft viele Vorteile«. In Frankreich haben Laborde und Guglielminetti Tierversuche mit dem Apparate angestellt, und mit ihnen haben am Operationstische dann Lucas-Championnière, Pozzi, Kirmisson u. a. die günstigsten Erfahrungen gemacht.

Somit sind die Erfolge, welche man in der Praxis mit der Sauerstoff-Chloroformnarkose erzielt hat, so gute, daß sie auch ein allgemeines Interesse beanspruchen dürfen.

Sicherlich ist ein Teil der Vorzüge der Methode auf Rechnung der genauen und in bekannten Größen zu variierenden Dosierbarkeit des Narkosemittels zu setzen. Daß aber der Sauerstoff nicht nur die Rolle eines Verdünnungs- und Transportmittels des Narkotikums, sondern eines Antidots des Chloroforms bildet, möchte ich auf Grund meiner Vergleiche der Sauerstoff-Chloroformnarkose mit solchen, in welchen ich komprimierte Luft verwendete, annehmen. Experimentelle Untersuchungen müssen die Frage entscheiden, und ich hoffe später darüber berichten zu können. Heute sollten wir aber schon versuchen, auch auf dem Wege der Statistik zu entscheiden, ob die Sauerstoff-Chloroformnarkose der gewöhnlichen Tropfmethode oder einer anderen Art der Narkose überlegen ist.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat jahrelang eine Narkosenstatistik aufstellen lassen, und wir besitzen in jenen Zahlen wertvolle Anhaltspunkte zum Vergleich. Die große Anzahl der gelieferten und in Gebrauch befindlichen Apparate läßt erwarten, daß schon bis Ende 1904 ein genügendes Material für den Anfang einer Statistik vorliegt. Für diejenigen, welche genaue Aufzeichnungen nicht gemacht haben, bilden diese Zeilen vielleicht die Anregung, solche in Zukunft vorzunehmen. Sehr bewährt hat sich mir ein Papierabreißblock, welcher auf dem Tische eines jeden Apparates liegt und folgende Rubriken zur Ausfüllung vorgedruckt enthält:

Datum:

Name: Alter:

Geschlecht:

Beginn des Chloroformierens:
Anfang der Narkose:
Ende der Narkose:
Pulszahl:
Atmung:
Erbrechen:
Chloroformverbrauch:
Morphiumeinspritzung:

Ich verzichte darauf, hier die Resultate meiner 2000 registrierten, ohne die geringste Störung verlaufenen Sauerstoff-Chloroformnarkosen zu veröffentlichen, da solche Zahlen eines Einzelnen nicht ausreichen für eine Statistik. Nur große Zahlen können hier nützen. Im Interesse der Sache ergeht daher an Alle, welche zur Sauerstoff-Chloroform- oder -Chloroform-Äthernarkose einen Beitrag liefern können in Form von zahlenmäßigen Belegen oder eingehenderen Beobachtungen, die Bitte, dieses Material zur Verfügung zu stellen. Da Einzelveröffentlichungen einmal die Übersichtlichkeit erschweren und andererseits manche kleineren Statistiken vielleicht nicht veröffentlicht werden würden, so ist Verfasser bereit, etwa an ihn eingesandtes Material zu ordnen, und übersichtlich zu publizieren.

Der 31. Dezember 1904 würde also den ersten Abschnitt bilden und dieser alle von Anbeginn bis dahin gemachten Sauerstoff-Mischnarkosen und diesbezügliche Beobachtungen umfassen.

II.

Zur Frage der „Holzphlegmone“ (Phlégmone ligneuse du cou Reclus).

Eine Erwiderung.

Von

Dr. **A. Schmincke** in Würzburg.

Im Anfange vorigen Jahres legten wir in zwei Veröffentlichungen[1] einen hier beobachteten Fall von sog. Holzphlegmone (Phlégmone ligneuse du cou Reclus) nieder, bei dem die Sektion und pathologisch-histologische Untersuchung das überraschende Bild einer krebsigen Erkrankung (Cancroid) ergab. Wir zogen damals aus unserem Fall und auf Grund des bis dahin als einzigsten erhobenen Sektionsbefundes den Schluß, vorläufig die Auffassung der Holzphlegmone als chronisch entzündlichen Prozeß fallen zu lassen und sie vorläufig als diffus krebsige Erkrankung der Haut anzusprechen. Nun gibt Herr Dr. Merkel in einer in Nr. 48 1904 des Zentralbl. für Chirurgie erschienenen Arbeit einen neuen Fall von Holzphlegmone bekannt und schildert auf Grund eines probeexzidierten Stückchens den histologischen Befund; die mikroskopischen Schnitte »ergaben reichliches, fast narbiges Bindegewebe mit entzündlicher Infiltration, wobei die Zellen teils lymphocytären, teils leukocytären Charakter zeigten«. Im Hinblick auf seinen Befund betont er als das Wesen der Holzphlgmone einen chronisch phlegmonösen Prozeß. Herr Dr. Merkel erhebt zu-

---

[1] Schmincke, Mitteilung eines Falles von sog. »Holzphlegmone«. Sitzungsberichte der physikalisch-medizinischen Gesellschaft zu Würzburg 1904.

H. Lang, Ein weiterer Fall von sog. »Holzphlegmone«. Inaug.-Diss., Würzburg 1904.

gleich gegen uns den Vorwurf einer mit Unrecht gemachten Verallgemeinerung unseres Falles und nimmt Stellung gegen die Auffassung des Wesens der Holzphlegmone als eines malign neoplastischen Prozesses, indem er als charakteristisch für die Holzphlegmone gerade die Benignität des definitiven Ausganges bezeichnet; er geht so weit, in unserem Falle die Berechtigung der klinisch gestellten Diagnose »Holzphlegmone« anzuzweifeln.

Wir konstatieren demgegenüber, daß von einer ganzen Reihe hervorragender klinischer Beobachter die Übereinstimmung unseres Falles mit dem von Reclus als charakteristisch aufgestelltem Symptomenbild beobachtet wurde, daß niemand bei dem nicht im geringsten weiter in Mitleidenschaft gezogenen Allgemeinbefinden des Pat. an die Möglichkeit eines malignen Tumors auch nur im entferntesten dachte, und daß klinische Beobachter wie Obduzent durch den histologischen Befund in gleicher Weise überrascht waren. Der Tod erfolgte in unserem Falle sicher nicht, das ging aus der Obduktion klar hervor, infolge der karzinomatösen Erkrankung.

Wir hielten uns danach wohl berechtigt, diesen eigenartigen Fall durch Niederlegung in der Literatur zur Kenntnis weiterer Kreise zu bringen und, gestützt auf den eindeutigen Sektionsbefund im Vergleich zum klinischen Krankheitsbild, vor der prognostisch günstigen Auffassung der Holzphlegmone zu warnen und »vorläufig als das Wesen der Holzphlegmone ein Cancroid zu betrachten, das allerdings in derartiger Ausdehnung und diffusen Infiltration sowohl klinisch wie anatomisch merkwürdig dasteht«. Wir betonten am Schlusse unserer Ausführungen, daß es von weiteren Beobachtungen und histologischen Untersuchungen derartiger Krankheitsfälle abhängig sein werde, ob dieser Standpunkt auch weiterhin aufrecht erhalten werden könne.

Herr Dr. Merkel ist den Weg gegangen, der im einzelnen Fall als der einzig richtige anzusehen ist; Exzision eines Probestückchens und mikroskopische Untersuchung desselben. Er hat in seinem Falle zweifellos so Recht, von einem chronisch entzündlichen Prozeß zu reden, wie wir in unserem von einem Cancroid.

Wir kommen zu dem Schlusse: Wenn es möglich ist, daß bei zweifellosen unter dem klinischen Bilde der Holzphlegmone verlaufenden Fällen pathologisch-anatomisch ein Karzinom gefunden wird, bei anderen wieder ein chronisch phlegmonöser Prozeß, und es nur von Fall zu Fall entschieden werden kann auf Grund der histologischen Analyse, ob maligner Tumor oder entzündliche Infiltration, besteht dann überhaupt eine derartige scharfe und bestimmte Abgrenzung eines klinischen Krankheitsbildes, dem histologisch ganz verschiedene Prozesse zugrunde liegen können, zu Recht? mit anderen Worten: der Ausdruck Holzphlegmone ist wohl am Platze, wenn man eine klinisch in Erscheinung tretende bretthartе Infiltration gewisser Hautbezirke bezeichnen will; von dem klinischen Krankheitsbild auf den der Veränderung zugrunde liegenden Prozeß ohne weiteres einen Rückschluß zu ziehen, ist nicht angängig.

Einzig beweisend ist dann nur — und hierin geben wir Herrn Dr. Merkel Recht — der endliche Ausgang. Tritt definitive Heilung ein, dann handelte es sich um eine Phlegmone, deren Hauptsymptome in der Chronizität und der holzharten Infiltration bestanden. Steht die histologische Untersuchung aus, muß während der ganzen Dauer der Erkrankung die Möglichkeit eines malignen Tumors im Auge behalten werden.

---

1) W. Kolle und A. Wassermann. Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Lief. 21—25.

Jena, Gustav Fischer, 1904.

Mit dem vorliegenden Hefte schließt der vierte Band und damit das gesamte Werk. Die im letzten Hefte begonnene Darstellung der Immunitätslehre findet eine Ergänzung durch folgende Aufsätze: Friedländer, Die bakteriziden Sera; Dönitz, Wertbemessung der Schutz- und Heilsera; Kraus, Über spezifische Niederschläge (Präzipitine); Paltauf, Die Agglutination und Morgenroth, Die Vererbungsfrage in der Immunitätslehre. An diese mehr allgemeine Darstellung schließt sich eine spezielle Darstellung der Lehre von der Immunität bei den einzelnen Infektionskrankheiten, wobei auch der Serumdiagnostik und Therapie insbesondere gedacht wird.

Zum Schluß sei nochmals besonders hervorgehoben, daß das große, durchaus originell angelegte Werk wie selten eines geeignet erscheint, sich die Sympathien der betreffenden Fachgenossen zu erwerben und stets dem praktisch arbeitenden Bakteriologen ein willkommenes Nachschlagebuch abgeben wird. Ein Hauptwert des Buches liegt in den vorzüglichen, dem Texte beigegebenen Abbildungen, unter denen die Lettrow'schen Mikrophotogramme den ersten Platz einnehmen.

Silberberg (Breslau).

---

2) Miyake. Experimentelle Studien zur Steigerung der Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegen Infektion.

(Mitteilungen aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

Auf Anregung von v. Mikulicz stellte M. Studien an über die Möglichkeit, den tierischen Körper, und vor allem das Bauchfell, gegen Infektionen so widerstandsfähig zu machen, daß eine Infektion überwunden würde. Zwei Wege stehen dazu offen. Entweder man immunisiert die Tiere durch spezifische Sera; allein die wesentlich in Betracht kommenden Infektionserreger für unsere Wunden, das Bakterium coli, der Staphylokokkus pyogenes aureus und der Streptokokkus, kommen in zahlreichen Varietäten vor und bewirken oft miteinander kombiniert die Infektion, daß man zu ihrer Bekämpfung ein »polyvalentes« Serum haben müßte. Versuche von zahlreichen Autoren in dieser Richtung sind bisher ohne Erfolg gewesen. Der zweite Weg ist der, daß man eine künstliche Steigerung der Leukocyten

erzeugt, damit man, sei es durch Phagocytose, sei es durch die von den Leukocyten erzeugten Alexine, der Infektionserreger Herr werde. Diesen Weg schlug M. ein und gibt in vorliegender Arbeit die eingehende Beschreibung seiner Versuche, welche v. Mikulicz in seinem Vortrag auf dem diesjährigen Chirurgenkongreß (s. Zentralblatt 1904, Beilage zu Nr. 27) schon gestreift hat. Zuerst wurde in Vorversuchen festgestellt, welche Mittel dazu am besten geeignet, und ob dieselben ungefährlich wären. Von physiologischer Kochsalzlösung, neutraler Bouillon, Aleuronataufschwemmung, Hefenukleinsäure erwies sich bei intraperitonealer Injektion die letztere am wirksamsten: die Leukocytenzahl in der Bauchhöhle stieg fast um das Achtfache. Auch bei subkutaner Injektion der Nukleinsäure stieg die Leukocytenzahl in der Bauchhöhle wie im Blut, aber in geringerem Maße. Es wurde nun die Dosis letalis minima des Bakterium coli für die Versuchstiere bestimmt. Die Nukleinsäure, am besten 7 Stunden vor der Koliinfektion intraperitoneal injiziert, steigerte die Widerstandskraft des Bauchfells in hohem Maße; denn jetzt wurde die 16fache Dosis der Kolibakterien vertragen, ohne daß die Tiere starben. Auch bei subkutaner Injektion bekam man fast das gleiche Resultat. Ein Versuch intraperitonealer Injektion beim Menschen verlief gut, zeigte jedenfalls die Ungefährlichkeit der Methode. Allein das Verfahren ist beim Menschen vor einer Laparotomie nicht einfach genug, da das Einbringen der Nukleinsäure selbst eine kleine Laparotomie erfordert; die subkutane Injektion ist hier vorzuziehen. Gegen eine Mischinfektion von Bakterium coli, Streptokokkus und Staphylokokkus aureus ließ sich die Widerstandskraft des Bauchfells nur um das 16fache erhöhen. Besonders erwähnenswert sind die Versuche darüber, ob die Vorbehandlung mit Nukleinsäure gegen die Infektion der Bauchhöhle mit Darminhalt schützt; alle mit Nukleinsäure vorbehandelten Tiere blieben am Leben, während fast alle Kontrolltiere starben. Ferner ergaben die Versuche, daß eine schon ausgebrochene leichte Peritonitis im allerersten Anfang durch Injektion von Nukleinsäure zu kupieren ist. Endlich untersuchte M., wie weit die durch Nukleinsäure erzeugte Hyperleukocytose imstande ist, gegen eine Allgemeininfektion — erzeugt durch Streptokokkeninjektion unter die Rückenhaut — zu wirken; es ergab sich, daß die Hyperleukocytose gegen hochvirulente Bakterien unwirksam ist.

Haeckel (Stettin).

---

3) **Nägele.** Zur Kenntnis der Ursachen der Verbreitung des Karzinoms.

(Med. Korrespondenzblatt des würtemberg. ärztl. Landesvereins 1904. Oktober 22.)

Verf. hat nach amtlichen Quellen die Krebstodesfälle in den Oberämtern Böblingen und Riedlingen (1892—1901, bezw. 1883—1902) zusammengestellt und kommt unter Berücksichtigung der Boden- und Wasserverhältnisse vermutungsweise zu folgenden Sätzen: Das Karzinom kommt anscheinend in den an Flüssen gelegenen Orten häufiger dort vor, wo der Fluß die ungereinigten Abwässer mehrerer, insbesondere

größerer Orte mit sich führt; Orte, oberhalb welcher sich mehrere Wasserläufe vereinigen, scheinen bevorzugt zu sein. Orte, die ganz abseits von Flüssen liegen, sind zum größeren Teile ganz oder fast frei von Krebs; nur wenige werden — und dann stark befallen. Gerade dort, wo die Verunreinigung der Flüsse durch Abwässer als Gelegenheitsursache in Frage kommt, sind die Verdauungsorgane außerordentlich häufig befallen. Während der untersuchten Zeiträume läßt sich eine mäßige Zunahme der Krebssterblichkeit feststellen. Auffallend sind zeitliche Schwankungen in der Häufigkeit des Auftretens.

Mohr (Bielefeld).

---

4) **F. Fischer.** Über die Entstehungs- und Verbreitungsweise der Tuberkulose in den Schwarzwalddörfern Langenschiltach und Gemmelsbach.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. III. Hft. 1.)

Das hauptsächliche Ergebnis der umfassenden Untersuchungen F.'s ist, daß die Tuberkulose nicht eine Krankheit großer Familienstämme, sondern einzelner Haushaltungen ist. Es erwies sich ferner, daß die Morbidität und Mortalität an Phthise in der landwirtschaftlichen Bevölkerung um die Hälfte geringer ist als in den übrigen Berufsarten. Die Infektionsgefahr ist für die Verbreitung der Krankheit das Maßgebende, nicht die hereditäre Disposition. Ein gewisser Schutz durch das Höhenklima ist wahrscheinlich.

W. v. Brunn (Marburg).

---

5) **Juliusberg.** Über Tuberkulide und disseminierte Hauttuberkulosen.

(Mitteilungen aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

Neben den allgemein anerkannten tuberkulösen Hauterkrankungen, unter denen der Lupus die erste Stelle einnimmt, hat man neuerdings als »Tuberkulide« einige Formen von Äußerungen der Tuberkulose in der Haut aufgestellt. Diese haben, weit über das dermatologische Interesse hinausgehend, eine große diagnostische Bedeutung, da ihre Feststellung berechtigt, auf eine anderweitige tuberkulöse Erkrankung im Innern des Körpers Schlüsse zu ziehen. J. unterwirft dieselben, fußend auf Beobachtungen an der Neisser'schen Klinik, einer eingehenden Untersuchung. Er beschreibt den Lichen scrophulosorum, von dem die Acne scrophulosorum eine Abart darstellt. Wesentlich abweichend von dieser Gruppe sind die Tuberkulide mit zentraler Nekrose (Lupus erythematosus disseminatus Boeck, Folliclis Barthélemy); meist mit Beginn der kalten Jahreszeit treten auf den Streckseiten der Extremitäten Knötchen auf, die im Zentrum zerfallen, ein kleines Geschwür bilden und mit einer deprimierten, mit einem Pigmentsaum umgebenen Narbe heilen. Kaum abzugrenzen von diesen sind die »Tuberculides nodulaires«, auch die Fälle von Erythema indurativum mit platten Infiltraten gehören dazu.

Lokal geben diese Tuberkulide stets eine günstige Prognose. Bisweilen ist es gelungen, Tuberkelbazillen darin nachzuweisen, so daß man sie auffassen darf als eine bazilläre Tuberkulodermatose; doch scheint es, daß sie oft nur durch die Toxine der sonst im Körper befindlichen Tuberkelbazillen hervorgerufen werden. Ihre sichere Zugehörigkeit zur Tuberkulose wird auch bewiesen durch ihre Reaktion auf Injektionen von Alt-Tuberkulin. **Haeckel** (Stettin).

---

6) **E. Ziegler.** Histologische Untersuchungen über das Ödem der Haut und des Unterhautzellgewebes.

(Beiträge zur pathologischen Anatomie usw. Bd. XXXVI. p. 435.)

Im Gegensatze zu den Arbeiten anderer Autoren, die sich fast ausschließlich mit der Erforschung der Ursachen und der Entstehungsweise der Hautödeme beschäftigten, hat Verf. sich die Aufgabe gestellt, die feineren histologischen Gewebsveränderungen der Cutis und Subcutis bei verschiedenen Formen des Ödems festzustellen. Mit besonderem Interesse verfolgt er das Auftreten und die Schicksale der freien Zellen. Daneben werden jedoch die ausgetretene Flüssigkeit, die fixen zelligen Bestandteile, die elastischen und Bindegewebszüge, Kapillaren usw. in ausgedehntem Maße berücksichtigt. Verf. unterscheidet nichtentzündliche und entzündliche Ödeme. Für letztere hält er das Vorherrschen ein- oder vielkerniger Leukocyten in der Ödemflüssigkeit im allgemeinen für charakteristisch. **Müller** (Dresden).

---

7) **Franke.** Zur Behandlung des Erysipels.

(Therapeutische Monatshefte 1904. Nr. 11.)

F. ging von dem Gedanken aus, durch starke Kompression der zentralwärts vom Erysipel liegenden Lymphbahnen die weiter kriechenden Kokken zurückzuhalten und die Produkte der Kokken durch Beschränkung auf den Krankheitsherd infolge der Anhäufung den Kokken selbst gefährlich werden zu lassen. Die Abschnürung erfolgte durch zentralwärts vom Krankheitsherd umgelegte, $^4/_5$ des Gliedes umfassende Heftpflasterstreifen, die so angebracht waren, daß die Öffnung des ersten Streifens der am weitesten vorgerückten Stelle des Erysipels entsprach, während die Öffnung des zweiten Streifens der Öffnung des ersten gegenüberlag. Die Öffnung des dritten Streifens entsprach wieder der Öffnung des ersten Streifens.

Am Kopfe wurde ähnliches durch Aufpinseln von Kollodiumstreifen erreicht. Risse in den Kollodiumstreifen müssen sofort wieder durch neues Aufpinseln ausgebessert werden.

Verf. hat mit dieser Methode ausgezeichnete Erfolge zu verzeichnen gehabt. **Silberberg** (Breslau).

---

8) **Bardenheuer.** Festschrift zur Eröffnung der Akademie für praktische Medizin in Köln.

Köln, **M. Dumont-Schauberg,** 1904.

Die Festschrift umfaßt auf 299 Seiten 17 Arbeiten aus der Feder B.'s und seiner Assistenten. Berücksichtigt sind, abgesehen von mehreren interessanten kasuistischen Mitteilungen der verschiedensten Gebiete der Chirurgie, im besonderen die Behandlungsmethoden und Operationen, die vom Kölner Bürgerhospital ausgegangen, bezüglich dort besonders ausgebildet sind, so die Heißluftbehandlung bei akuten Anämien und deren Folgen, die Neurinsarkoklesis, die Extensionsbehandlung der Knochenbrüche und die extrakapsuläre Resektion der großen Gelenke. Sehr gut sind die speziell die beiden letzteren Fragen erläuternden zahlreichen Röntgen- und gewöhnlichen Photogramme.

Müller (Dresden).

---

9) **Bardenheuer.** Ruptur der Intima der Subclavia, nebst einer Besprechung der verschiedensten Arten der Ischämie und deren Behandlung.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

Ausgehend von zwei Fällen dieser äußerst selten vorkommenden Verletzung der Art. subclavia bei Schlüsselbeinbrüchen, erörtert B. eingehend die Verletzungen, im besonderen die Ruptur der Intima, größerer Arterienstämme.

In dem einen Falle, der durch Überfahren der Brust entstand und rasch tödlich endete, fand sich bei der Sektion neben mehrfachen Brüchen der beiderseitigen obersten Rippen links ein Schlüsselbeinbruch und ein Querriß der Subclavia. Nur die Adventitia war an der Verletzungsstelle erhalten. Die Rißränder der Intima und Media wichen $5^1/_2$ cm auseinander. Im zweiten Falle hatte sich Pat. durch Sturz vor 3 Tagen einen typischen subkutanen linksseitigen Schlüsselbeinbruch zugezogen. Der Arm war gefühllos, stark venös gestaut, der Puls fehlte. Die Fossa supracl. zeigte weder eine Vorwölbung noch blutige Verfärbung. Infolgedessen legte B., da neben einer Intimaverletzung die Möglichkeit einer Fragmentkompression der Subclavia vorhanden war, die Bruchstelle frei und nähte die Bruchenden. Obgleich er die Arterie nicht zu Gesicht bekam, war nach der Lage der Bruchenden eine Kompression der Subclavia ausgeschlossen und die Diagnose einer Intimaruptur anzunehmen. D. geht auf die Ursachen und Symptome dieser Gefäßverletzung des näheren ein und berichtet nach weiterer Mitteilung dreier Fälle — eine Poplitaea, zwei Brachialis — über instruktive experimentelle Versuche.

Im allgemeinen dürften Zerreißungen der Intima nach Verletzungen bei Knochenbrüchen häufiger vorkommen, als allgemein angenommen wird, besonders da kleine ohne Gefährdung der Zirkulation heilen können. Gegenüber der Ruptur der ganzen Gefäßwand unterscheiden sie sich durch das Fehlen einer großen Blutung am Orte der Verletzung bei fehlendem peripheren Puls. Das Schwinden des Pulses kann nach 2—3, ja noch nach 12 Tagen eintreten. Die häufigste und schwerste Folge dieser Verletzung ist die Gangrän, unter 57 Überlebenden, von 67 Fällen überhaupt, 35mal. Für das Zustandekommen eines für die Erhaltung des Gliedes so überaus wichtigen Kollateral-

kreislaufes sind die Muskelgefäße — weil Endarterien — von geringer, die Vasa nutr. der großen Nervenstämme von der größten Bedeutung. Die Ausdehnung der Gangrän ist sehr verschieden, sie schwankt von kleiner umschriebener bis zur totalen der Extremität. Verschieden ist ferner die Zeit ihres Eintrittes; sie hängt ab von dem Zeitpunkte des vollständigen Verschlusses durch Thrombose und ist manchmal spät, am 9. bis sogar 26. Tage beobachtet.

Selten kommt nach Intimaruptur die ischämische Kontraktur, häufiger die schlaffe Lähmung vor. B. steht unter dem Eindrucke, daß zum Zustandekommen der reinen myogenen Lähmung mit Kontraktur die reine Ischämie nicht genüge, daß vielmehr andere kausale Momente dazu kommen müßten, wie ein zu fester Verband, Zerreißung oder entzündliche Infiltration der Muskulatur, oder eine Verletzung der Venen oder Nerven. Diese Ansicht stützt er durch mehrere in der Arbeit erwähnte klinische Beobachtungen und Experimente — Unterbindung und Exzision großer Arterien- und Venenstämme ohne und mit mehr oder weniger ausgedehnten Weichteil- und Knochendurchtrennungen. Auffallend ist das verhältnismäßig häufige Auftreten der ischämischen Kontraktur nach stark dislozierten Frakturen und nach Anlegung von Gipsverbänden bei Knochenbrüchen. Im besonderen bei Kindern und am Vorderarm — unter 34 Fällen 33mal am Vorderarm, einmal Unterschenkel. Und zwar seien die Verbände stets relativ zu fest; hierdurch komme es zu passiver Stauung des venösen Blutkreislaufes. Diese Stase bedinge reichlichen Leukocytenaustritt, der Kerntod der Muskelfibrillen und Totenstarre der Muskeln zur Folge habe.

Bei der Behandlung all dieser und anderer »Unterernährungszustände« hat sich B. die heiße Luft außerordentlich gut bewährt. Er berichtet über mehrere recht eklatante Fälle. Angewandt hat er diese Methode ferner bei drohender oder vollendeter Gangrän der Extremitäten infolge von Diabetes, Arteriosklerose, Endarteriitis oblit., ferner bei neuropathischen Geschwüren, Tabes, Mal perforant, und er empfiehlt sie bei allen infolge zentraler oder peripherer Nervenaffektionen — Raynaud'sche Krankheit, Syringomyelie, Syphilis, Alkoholismus usw. — entstandenen, schwer heilenden Geschwüren, Phlegmonen, Gangrän u. dgl., die »alle den Charakter der passiven Blutstauung haben«. Bei gleichzeitiger Nervenstörung muß man mit niedrigen Temperaturen (50—60° C) beginnen und vorsichtig bis 110° in die Höhe gehen.

Müller (Dresden).

---

10) **Bourgeois.** Les fractures chez les épileptiques.

(Revue français de méd. et de chir. 1904. Nr. 46.)

B. erörtert die Eigentümlichkeiten der Knochenbrüche, welche Epileptiker sich während und außerhalb der Anfälle zuziehen. Solche ereignen sich bei Epileptikern verhältnismäßig häufig, am häufigsten im Anfall und an den kurzen Knochen. Diese scheinen bei der Epilepsie häufig abnorm brüchig zu sein, zumal da bei epileptischen

Kindern häufig Rachitis, seltener auch Osteomalakie vorkommt. Die Knochenbrüchigkeit scheint sowohl bei jungen als auch bei alten Kranken auf trophischen Störungen zu beruhen, örtlichen oder allgemeinen, welche eine Folge der Epilepsie sind oder eventuell auf einer vorhergegangenen Nervenstörung beruhen. Immerhin sind jedoch die Fälle einer sehr ausgesprochenen Brüchigkeit auch bei Epileptikern selten. Brüche durch direkte Gewalteinwirkung sind häufiger als durch indirekte. Bei den Frakturen durch indirekte Gewalt spielt die Torsion eine große Rolle, zumal beim Anfall, wenn die Extremität irgendwie fixiert bleibt. Auch die Hyperflexion eines Gliedes beim Anfall kommt als indirekte Gewalteinwirkung in Betracht. Dagegen ist die Muskelkontraktur allein als Ursache einer Fraktur bei Epileptikern selten. **Mohr** (Bielefeld).

---

11) **V. Cornil** et **P. Coudray.** Évolution anatomique des fractures mobilisées dans le but de provoquer des pseudarthroses.

(Revue de chir. XXIV. année. Nr. 7.)

Das Thema, das sich auch in den Bull. de l'acad. de méd. LXVII. année Nr. 40 besprochen findet, ist in fesselnder Weise dargestellt und verdient alle Aufmerksamkeit. Die Versuche, die an Kaninchen und Hunden angestellt wurden, hatten das schon von Ollier berichtete Ergebnis, daß nämlich bei diesen Tieren Brüche der Rippen, des Humerus, der Vorderbeinknochen trotz täglicher passiver Mobilisierung keine Pseudarthrosen, sondern nur eine um 4—5 Tage verzögerte Konsolidation mit großem Kallus ergeben. Die Heilung tritt bald mit, bald ohne Knorpelproduktion, jedenfalls aber mit Beteiliung der Muskelsubstanz ein, deren Fasern in jedem Stadium der Umbildung bis zur Dünne von Sharpey'schen Fasern im jungen Knochen erkennbar sind. Die vermehrten Zellen des Sarkolemms werden zu Knochenkörperchen.

Noch ehe die Beweglichkeit der Bruchenden völlig aufgehoben ist, sind Spalträume zwischen denselben vorhanden. Man hat behauptet, sie seien bei Pseudarthrosen von Synovialis bekleidet; Verff. leugnen deren Existenz; keine sichere mikroskopische Untersuchung könne sie beweisen; Endothel, Synovia und Synovialis fehlen.

Eingehend berichten Verff. sodann über einige Fälle von Pseudarthrose, und besprechen die Rolle der Interposition von Muskelgewebe, deren Wert für die Erzeugung künstlicher Pseudarthrosen von Areilza und Arrequi bestritten wurde. Auf Grund ihrer Tierexperimente und der Untersuchung operativ gewonnener Präparate kommen Verff. zu den Schlüssen, daß nicht die Beweglichkeit, sondern Muskelinterposition, starke Verschiebung der Bruchenden — ohne anderen nachweisbaren Grund —, Ostitis rareficans, besonders bei sehr fettreichem Marke, sodann Syphilis, ungünstige Splitter, größere Blutergüsse (Berger) und Eiterung die Hauptmomente für das Zustandekommen von Pseudarthrose abgeben.

Die mit 21 Fig. versehene Abhandlung bietet noch viele interessante Einzelheiten, für die ich wohl auf das Original verweisen darf.

Christel (Metz).

---

12) **McCrae.** The pathology and etiology of arthritis deformans.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. Oktober 8.)

13) **Walsh.** Arthritis deformans.

(Ibid.)

14) **Skinner.** The treatment of arthritis deformans.

(Ibid.)

McC.'s Ansicht läßt sich folgendermaßen zusammenfassen: 1) Atrophische und hypertrophische Form ist zu unterscheiden; sie sind wahrscheinlich nur Gradunterschiede der gleichen Krankheit. 2) Je nach dem Sitze können die verschiedenartigsten Formen entstehen, z. B. Wirbelsäulenankylose, monartikuläre Form, Malum senile usw.; diese sind trotz anscheinend verschiedener klinischer Erscheinungen nach seiner Ansicht pathologisch nicht verschieden. 3) Er faßt die Arthritis deformans als Infektionskrankheit eigener Art auf. 4) Mit akutem Gelenkrheumatismus besteht kein organischer Zusammenhang. 5) Über den Zusammenhang mit anderen Infektionskrankheiten, speziell mit Syphilis, besteht keinerlei Klarheit. 6) Erblichkeit spielt eine gewisse Rolle. 7) Die Krankheit fängt viel früher an (bei 70% seiner Kranken vor dem 40. Lebensjahr) als gewöhnlich angenommen wird.

W. bringt Bekanntes. Nur hält er die Prognose nicht für so schlecht, wie sie gewöhnlich gestellt wird.

Zur richtigen und erfolgreichen Behandlung gehört möglichst frühzeitige Diagnose, ehe größere Veränderungen der Gelenke vorliegen. Die Diät soll nicht Gichtdiät sein, da Arthritis deformans und jene keinerlei Zusammenhang haben. S. läßt reichlich Fleisch essen, beschränkt eher die Amylaceen. Verdauungsstörungen sind zu vermeiden. Die Kleidung soll Hauttätigkeit anregend sein, am besten wollene Unterkleidung. Im akuten Anfalle sollen die Gelenke ruhig gehalten, nach Ablauf ausgiebig aktiv und passiv bewegt werden. Brisement forcé schon versteifter Gelenke ist dringend zu widerraten. Zur Beseitigung der Krankheit ist kein innerliches Mittel bekannt, zur Unterdrückung der Schmerzen leisten aber die Salizylpräparate, hauptsächlich Aspirin, Gutes. (Letzteres kann ich bestätigen; Ref.) Zur Behandlung des ganzen Körpers benutzt S. Heißluftbäder von 150 bis 200° C(!!), die in einem asbestbekleideten Zylinder, der den Körper bis zu den Achseln umschließt, 25—30 Minuten erteilt werden. Der starken Anregung des Gesamtstoffwechsels soll keine Erschlaffung folgen wie bei Anwendung niederer Temperaturen. Elektrizität in mancherlei Formen, namentlich statische, hält S. für sehr zweckmäßig, ebenso Vibrationsmassage. Statistik über 51 Fälle.

Trapp (Bückeburg).



15) **A. Hoffa.** Atlas und Grundriß der Verbandlehre. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage.

München, J. F. Lehmann, 1904. Mit 144 Tafeln, 139 S.

Der für den Studierenden wie für den praktischen Arzt gleich wertvolle Atlas bringt in seiner neuen Auflage mehrere Neuerungen der Verbandstechnik.

Zunächst sei die Simplexbinde erwähnt, deren Anwendungsweise und Vorzüge eingehend geschildert werden. Die Schienenverbände wurden durch die für den Kriegschirurgen wichtige Hübscher'sche Streckmetallschiene und die Kölliker'sche Gipsdrahtschiene bereichert. Die imponierendste Erfindung dieser Art stellt jedoch Bingler's Heidelberger Verbandsschiene dar, welche nicht bloß dem Feldchirurgen, sondern auch dem praktischen Arzte und dem Kliniker als eine Idealschiene vorgestellt werden kann. Von der Anwendung der Borchard'schen Beckenstütze gibt Tafel 125 ein anschauliches Bild. Die Beckenstütze von Joachimsthal, der Ritter'sche Extensionsapparat, sowie die Hofmeister- und Scheffler'sche Gipsbindemaschine sind ebenfalls neu aufgenommen und als brauchbar empfohlen.

Erwähnung findet schließlich das Gerson'sche Suspensorium. Der Druckfehler »δήκη« auf Tafel 17 dürfte nur noch bei der humanistisch vorgebildeten jüngeren Generation etymologische Bedenken erregen. Dem Grundsatze, »prüfet alles und behaltet das beste«, ist auch diesmal der Verf. treu geblieben, und so kann die neue Auflage der Verbandlehre, welche sich durch Naturtreue ihrer Abbildungen wie durch die Prägnanz der Darstellung wiederum auszeichnet, nicht warm genug dem Kandidaten und dem Praktiker empfohlen werden.

Hofmann (Freiburg i. B.).

---

16) **J. v. Mikulicz** und Frau **V. Tomasczewski.** Orthopädische Gymnastik gegen Rückgratsverkrümmungen und schlechte Körperhaltung. II. Aufl.

Jena, Gustav Fischer, 1904.

Nach kaum Jahresfrist eine zweite Auflage ist der beste Beweis dafür, daß das Buch die weitgehendste Beachtung gefunden hat. Die Neuauflage ist mit einigen Abbildungen und Übungen mehr ausgestattet und wird als kurzgefaßtes Lehrbuch ohne überflüssige Zutaten voraussichtlich auch weiterhin einem praktischen Bedürfnis entsprechen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

17) **Busse** und **Blecher.** Über Myositis ossificans.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 388.)

Verff. bringen fünf eigene einschlägige Beobachtungen, sämtlich operierte Fälle betreffend, an die sorgfältige mikroskopische Untersuchung der Operationspräparate angeschlossen wird, nebst Allgemeinerörterungen über die Theorie und Ätiologie des Leidens. Um die

letzteren vorweg zu nehmen, sind Verff. zu dem Resultate gekommen, das Wesen der Krankheit, insbesondere auch das der traumatischen Myositis ossificans in einer wahren chronischen Muskelentzündung zu sehen, die allein für sich ohne periostitischer Prozesse genügt, die charakteristischen Knochenbildungen hervorzubringen. Es kommt zu Gewebsneubildungen, in denen Bindegewebe, Knorpel, osteoides und fertiges Knochengewebe ineinander übergeht und zum Teil nicht genau differenzierbar ist. Es kann aber gleichzeitig mit der Muskelentzündung auch eine ebenfalls osteoplastische Periostitis einsetzen und können die Produkte beider Erkrankungen feste Verwachsungen miteinander eingehen, wodurch ein rein periostitischer Charakter des Leidens vorgetäuscht werden kann. Die Annahme des letzteren ist aber ebenso abzulehnen wie die Auffassung der Knochenproduktionen als einer Art von Geschwülsten oder Neubildungen; denn nachweislich sind die abnormen Knochenbildungen der Myositis, wenn auch nur selten, einer spontanen Rückbildung fähig, und dies ist ein Verhalten, das nur Produkten entzündlicher Prozesse eigen ist. Betreffs der eingehenden histologischen Beschreibung ist auf das Original zu verweisen, das auch Abbildungen beibringt.

Das kasuistische Material ist recht mannigfach und instruktiv. Drei Fälle stammen aus militärischer, zwei aus ziviler Praxis. In Fall 1 handelt es sich um eine Knochenbildung der Oberschenkelstrecker, die bei einem Bluter lediglich infolge der Anstrengungen bei der Ausbildung im Exerzieren zustande gekommen ist. Wahrscheinlich haben hier die fortgesetzten Muskelkontraktionen zunächst zu Blutungen geführt, die den Entzündungsprozeß einleiteten. In den übrigen Fällen gab ein einmaliges stärkeres Muskeltrauma den Grund für die Erkrankung — Exerzierbajonettstoß gegen den Biceps brachii, Hufschlag gegen den rechten Oberschenkel, Fall mit dem Oberschenkel gegen einen harten Grabenrand, Überfahrung über den Oberschenkel. Gewöhnlich fanden sich die Muskelverknöcherungen 4—5 Wochen nach dem Trauma ein. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

18) **W. Stempel.** Die Syringomyelie und ihre Beziehungen zur sozialen Gesetzgebung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 481.)

S. ist als Sachverständiger der schlesischen Landesversicherungsanstalt und beim Arbeiterschiedsgerichte der Syringomyelie bei Antragsstellern auf Rente häufig begegnet. Nachdem er in dieser Arbeit Beobachtungen beschrieben, erörtert er die klinische Eigenheit des Leidens, seine praktischen Beziehungen für die Gutachtersaufgaben bei Bescheidung von Rentenansprüchen, also namentlich die Fragen über Invalidität bei dem Leiden, sowie über ursächlichen Zusammenhang desselben mit Betriebsunfällen. S. wendet sich mit seinen Mitteilungen besonders an die praktischen Ärzte, denen, wie er sich überzeugen mußte, die Kenntnis der Syringomyelie noch nicht geläufig ist. Da seine eigenen Beobachtungen sorgfältig aufgenommen, mannigfacher Art, mithin recht instruktiv sind, die von ihm gegebene Charakteristik des Leidens kurz, aber erschöpfend, der Inhalt der Erörterungen über

die Invaliditätsfragen wohl begründet, überdies auch eine sehr brauchbare Anweisung zur klinischen Untersuchung des Nervensystems, die für die Diagnose besonders wesentlich ist, gegeben wird, verdient die Arbeit in der Tat, den Praktikern empfohlen zu werden.

Die Zahl der eigenen Fälle S.'s beträgt 18. Nicht ein einziges Mal war von den Vorgutachtern die richtige Diagnose gestellt. Nur neunmal war eine Nervenkrankheit erkannt, nicht aber welche. Über die Détails der Beobachtungen ist auf das Original zu verweisen; es genüge zu bemerken, daß sie die pathognomonischen Symptome des Leidens gut kennen lernen lassen (Kyphoskoliosen, Verunstaltungen der Hände, Fingerverstümmelungen durch Nekrose, Osteo- und Arthropathien, zumal an den Armen, Spontanfrakturen, Anästhesien, Reflexsteigerungen usw.). Differentialdiagnostisch kommen außer sonstigen Krankheiten der Nerven namentlich die Hysterie in Betracht, sodann von anderen Leiden die Lepra, auf die unter Umständen bakteriologisch zu fahnden wäre. Betreffs Invalidität ist S. der Ansicht, daß die sicher konstatierte Krankheit an sich noch nicht genügt, die damit Behafteten für dauernd erwerbsunfähig im Sinne des Alters- und Invaliditätsversicherungsgesetzes erklären zu müssen. Eigene Beobachtungen S.'s lehren, daß Syringomyelitiker jahrelang ganz wohl sich halten können, trotz ihrer verunstalteten Hände usw. Auch schwere, fortgesetzte Arbeit braucht unter Umständen keineswegs die Krankheit zu verschlimmern. Je jünger das erkrankte Individuum, desto weniger wird für dasselbe die Affektion erwerbsfähigkeitsbeschränkend sein, während Erkrankungen der Unterextremitäten mit Behinderung von Stehen und Gehen schon frühzeitig invalidisierend werden wirken können. Traumen beliebiger Art sind kaum fähig, das Leiden zu bewirken, wohl aber können sie die Krankheit erheblich verschlimmern und insofern manchmal wohl Rentenbewilligungen notwendig machen.

Einige Skiagramme und ein Literaturverzeichnis von 19 Nummern sind der Arbeit beigegeben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

19) **F. Kempf.** Über Ursache und Behandlung des Caput obstipum musculare.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 351.)

K. prüft die neueren ätiologischen Theorien über das Caput obstipum, insbesondere die von v. Mikulicz-Kader und Völcker, wobei auf die Dignität der bei dem Leiden nachweisbaren histologischen Veränderung in den Kopfnickern besonders eingegangen und Wert gelegt wird. K. lehnt die Auffassung dieser Veränderungen als entzündlicher ab, erklärt sie vielmehr als im wesentlichen rein regressive und schließt sich mehr Völcker an, welcher die Degeneration der Kopfnicker auf Druck, und zwar intra-uterinen, von der Schulter gegen den Kopf in der Ohrgegend ausgeübt, zurückführte, dergestalt, daß eine Muskelischämie zu supponieren wäre. Allerdings stimmt er Völcker insofern nicht zu, als er den von diesem behaupteten völligen Gefäßmangel in

der unteren Partie des Kopfnickers bestreitet; vielmehr fand er bei eigenen anatomischen Untersuchungen an Leichen von Neugeborenen viermal ein den alleruntersten Teil des Muskels versorgendes Arterienästchen, welches aus dem Truncus thyreocervicalis stammt. Auch findet er die von Völcker an den Köpfen schiefhalsiger Kinder beschriebenen Ohrdeformitäten, die derselbe als Folge intra-uteriner Druckwirkungen interpretierte, viel zu vieldeutig, um sie zur Stützung der Drucktheorie verwerten zu können. Er will vielmehr weder eine ausschließlich fötal-intra-uterine Schiefhalsgenese gelten lassen, noch bloß den Muskel selbst für die Ätiologie der Deformität herangezogen sehen. Namentlich der Geburtsakt, unter Umständen aber auch im späteren Leben eintretende Schädlichkeiten können zu der Muskelerkrankung führen, die ihrerseits wiederum indirekt auch auf neuropathischem Wege, namentlich durch Schädigung des N. accessorius vermittelt werden kann.

Betreffs Behandlung des Leidens berichtet K. über 37 in der Kinderheilanstalt in Hannover von Kredel operierte Fälle. Benutzt wurde ein querer Hautschnitt, 4 cm lang, parallel und dicht über dem Schlüsselbeine durch Haut und Platysma. Danach Durchschneidung beider Portionen des Sternocleido, sowie der Stränge der hinteren Muskelscheide, falls dies zu völliger Aufrichtung des Kopfes noch nötig ist. Die ersten 14 Tage hiernach geschieht nichts; von da an haben die entsprechend angewiesenen Angehörigen der Kinder die nötigen Redressierübungen vorzunehmen; die Resultate waren befriedigend, und von 23 Pat. konnte auch nach mindestens 5 Jahren der Dauererfolg untersucht werden: 21 zeigten ganz normale gerade Kopfhaltung, 2 bei nachlässiger Haltung noch eine ganz leichte Seitenabweichung, welche die Kinder aber bei Berufen aktiv korrigieren konnten. Auch hinsichts Beweglichkeit des Kopfes und Unauffälligkeit der Narbe waren die Erfolge gut. Hiernach liegt kein Grund vor, die Operationen nach v. Mikulicz oder Wullstein, welche unnötig eingreifend sind, der einfachen offenen Tenotomie vorzuziehen. Nur wo letztere versagt, wären anderweitige Eingriffe indiziert.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

20) **Bardenheuer** und **Linnartz.** Die Extensionsbehandlung bei Genu valgum nach Osteoklase.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

21) **Bardenheuer** und **Grässner.** Die Behandlung der Knöchelbrüche mit Extensionsverbänden und die damit erzielten Resultate.

(Ibid.)

22) **Bardenheuer** und **Vorschütz.** Die Behandlung der Fractura epicondyli interni humeri mit Extensionsverbänden.

(Ibid.)

Mit der von B. gepflegten und zu einer besonderen Vervollkommnung ausgebildeten Methode der Behandlung der Knochenbrüche

mittels **Extension** beschäftigen sich die vorstehenden drei Arbeiten. Das **Prinzip dieser** Methode beruht ja darin, daß, abgesehen von der Extension in der Längsrichtung der Extremität, durch sogenannte Quer- bezw. Gegenzüge, deren Zugrichtung durch die jedesmalige Stellung der Bruchenden — nach oben, unten, links, rechts usw. — bedingt wird, die reponierten Knochenenden in der gewollten, besten Stellung gehalten werden. Es ist hier nicht der Ort, auf die Vorzüge und Nachteile der im einzelnen Falle konkurrierenden Methoden einzugehen. Sicher ist, daß B. mit seiner allerdings nur für die Spitalpraxis geeigneten Behandlungsart, die im übrigen nach Ansicht des Ref. durchaus nicht so schwierig und umständlich ist, wie von anderen Seiten behauptet wird, tatsächlich ausgezeichnete Resultate erzielt hat. Ob man einen wegen Genu valgum osteotomierten oder gebrochenen Knochen eingipst oder nach B. extendiert, dürfte unter der Voraussetzung, daß beides sachgemäß geschieht, für den schließlichen guten Erfolg gleichgültig sein. Bemerkenswerter sind schon die Resultate der Extensionsbehandlung der Brüche des Epicondylus int. humeri — Zug am gestreckten Arme 6—8 Pfund, Querzug über abgesprengtem Epicondylus, Gegenzüge an Ober- und Unterarm. Bei einer durchschnittlichen Heilungsdauer von 22 Tagen sind die veröffentlichten 14 Fälle mit gutem Enderfolge wieder hergestellt. Am augenscheinlichsten sind jedoch die Vorzüge der B.'schen Methode bei den von G. bearbeiteten Knöchelbrüchen. Diese Arbeit ist eine Fortführung der von Löw und Bliesner in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV und LV gegebenen Mitteilungen über die Extensionsbehandlung der Knöchelbrüche. Von 149 von 1897—1903 Behandelten waren vor Ablauf der 13. Woche 115 = 77,2%, nach Ablauf dieser Zeit 27 = 18,1% geheilt. Es blieben noch 7 = 4,7% ungeheilte, die Rente empfingen, darunter jedoch einige, die nur eine Übergangs-, keine Dauerrente erhielten. Werden nur die Dauerrentner berücksichtigt und alle von 1891—1903 behandelten Fälle zusammengestellt, so ergeben sich bei 285 Knöchelbrüchen nur 4 = 1,4% dauernd Invalide. Es ist dies ein so auffallend günstiges Ergebnis im Vergleich zu den anderseits angegebenen Zahlen (Haenel 30%, Jottkowitz 22,5% Invalidität dauernd?), daß es wirklich, besonders im Hinblick auf die soziale Krankenversicherung, erhöhte Beachtung verdient. Zahlreiche *sehr gute* Photogramme und Röntgenbilder erläutern die Methode und *zeigen* die *guten* Resultate.

Müller (Dresden).

---

23) **Bardenheuer** und **Frank.** Resektion des tuberkulösen Schultergelenkes.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

24) **Bardenheuer** und **Lemmen.** Die Resektion der Hüftgelenkspfanne bei tuberkulösen und osteomyelitischen Entzündungen des Hüftgelenkes.

(Ibid.)

In beiden Arbeiten treten Verff. für eine radikale und frühzeitige Resektion beider großen Gelenke bei oben genannten Erkrankungen ein. Bei Tuberkulose solle, wie bei einer bösartigen Geschwulst, ohne Rücksicht auf Knochen und Weichteile, das erkrankte Gelenk am besten ohne Eröffnung der Gelenkhöhle samt Synovialis und Kapsel vollständig entfernt werden. Im Kindesalter brauche man die Verletzung bez. Entfernung des Epiphysenknorpels, wenn sie notwendig erscheint, durchaus nicht so sehr zu scheuen, da einerseits auch bei spontaner Ausheilung zuweilen ganz wesentliche Verkürzungen der Gliedmaßen zustande kommen können, andererseits, so besonders am Oberschenkel, der distale Epiphysenknorpel für das Längenwachstum der wichtigere sei, und beim Arme schließlich weniger die Länge als die Funktionstüchigkeit in Frage kommt. Zum Freilegen der Gelenke werden nur die eine ausgezeichnete Übersicht gewährenden Querschnitte, für die Schulter der Bardenheuer-Kocher'sche, für die Hüfte der Larghi-Sprengel'sche verwandt und bei der Schulter wo möglich primärer Wundverschluß ohne große Tamponade zu erzielen gesucht, während die enorme taschenreiche Wundhöhle bei der Hüftgelenkspfannenresektion ausgiebig tamponiert wird. Zu vermeiden sind unter allen Umständen bei Schulter und Hüfte die unbrauchbaren Schlottergelenke. Dies läßt sich einesteils durch primäre Fixation der wunden Knochenflächen, andererseits durch Extension und Mobilisieren erreichen. Im ersten Falle bekommt man eine Ankylose — bei der Hüfte erstrebenswert —, im anderen eine brauchbare bewegliche Nearthrose.

Um an der Schulter eine fehlerhafte Stellung zu vermeiden und die höchste aktive Leistungsfähigkeit zu sichern, wird der Arm in der Stellung extendiert, zu deren Erreichung im gesunden Zustande der größte Kraftaufwand nötig ist, also nach oben. Hierdurch und durch frühzeitige Übung und Massage ist es B. gelungen, Ausheilung mit fast normaler Beweglichkeit und Kraft der Nearthrose zu erzielen, wie einige beigegebene Photogramme zeigen. Ist aus irgendeinem Grunde, z. B. infolge unverbesserbarer Atrophie oder Paralyse des Deltoideus, eine Nearthrose nicht zweckmäßig, so empfiehlt Verf. eine fixierte Abduktionsstellung des Oberarmes in etwa einem rechten Winkel, um dem Deltoideus einen Teil der Arbeit abzunehmen und sie auf die anderen Schultermuskeln zu übertragen. Von fünf Fällen von Schultergelenkstuberkulose hat B. vier extrakapsulär operiert und die

Nachbehandlung nach den oben skizzierten Prinzipien geleitet. Stets hat er glatte Heilung ohne Fisteln und »glänzende funktionelle Resultate« erhalten.

26 Resektionen der Hüftgelenkspfanne, davon 18 bei Tuberkulose, acht bei Osteomyelitis, hat B. ausgeführt, ohne einen Todesfall zu erleben, der der Methode zur Last fiele; darunter befand sich ein 2½jähriges Kind mit tuberkulöser Koxitis. Von den 18 wegen Tuberkulose Operierten starben fünf an anderweitiger Tuberkulose, vier sind noch in Behandlung, neun sind nach durchschnittlich 4—6monatiger Behandlungsdauer — nur ein Fall mit ausgedehnter Beckentuberkulose, dem nach und nach die ganze Beckenhälfte entfernt wurde, dauerte erheblich länger — mit guter Funktion zur vollständigen Ausheilung gekommen. Bei Osteomyelitis hält B. die totale Resektion der Hüftgelenkspfanne dann für indiziert, wenn es sich um eine septische Epiphysenlinienentzündung der Pfanne handelt, oder wenn diese bei Osteomyelitiden benachbarter Knochen schwer mit beteiligt ist. In Fällen von septischer Pfannenosteomyelitis hat sie gegebenenfalls als dringliche und lebensrettende Operation zu gelten und muß nach event. durch den sogenannten suprasymphysären Explorativschnitt B.'s zum Freilegen der nach dem Becken zu gelegenen Pfannenwand gestellten Diagnose sofort ausgeführt werden. Vier von den acht wegen Osteomyelitis coxae Operierten sind ihrer allgemeinen Infektion erlegen, die anderen sind in 8—9 Wochen völlig ausgeheilt. Alles in allem ist die totale Resektion der Hüftpfanne eine große, aber nicht gefährliche Operation, die auf die Verkürzung des Beines keinen wesentlichen Einfluß hat, dem Gehakte keine ungünstigen Verhältnisse schafft und auch im übrigen die benachbarten Organe in keiner Weise störend beeinflußt.

Müller (Dresden).

---

25) **C. Georgi.** Zur Behandlung variköser Unterschenkelgeschwüre.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 546.)

Zur Heilung variköser Unterschenkelgeschwüre ist die Trendelenburg'sche Saphenaunterbindung ein allerdings bewährtes Mittel, doch schützt sie, da sich Kollateralbahnen für das unterbundene Gefäß bilden können, nicht vor dem Rezidivieren. Zur Verhütung derselben hat Wenzel in Buenos Aires, ein Schüler Trendelenburg's, folgendes Verfahren angegeben: zwischen mittlerem und unterem Drittel des Oberschenkels wird ein bis auf die Fascie gehender Zirkulärschnitt gemacht, worauf alle in den Schnitt fallenden, oberhalb der Fascie gelegenen Venen mit möglichster Schonung der Hautnerven unterbunden werden. Zum Schluß Hautnaht.

Wie G. berichtet, sind in Credé's Abteilung im Stadtkrankenhause Dresden-Johannstadt drei Fälle nach diesem Verfahren mit Erfolg operiert, so daß dasselbe empfohlen werden kann.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

23) **Bardenheuer** und **Frank.** Resektion des tuberkulösen Schultergelenkes.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

24) **Bardenheuer** und **Lemmen.** Die Resektion der Hüftgelenkspfanne bei tuberkulösen und osteomyelitischen Entzündungen des Hüftgelenkes.

(Ibid.)

In beiden Arbeiten treten Verff. für eine radikale und frühzeitige Resektion beider großen Gelenke bei oben genannten Erkrankungen ein. Bei Tuberkulose solle, wie bei einer bösartigen Geschwulst, ohne Rücksicht auf Knochen und Weichteile, das erkrankte Gelenk am besten ohne Eröffnung der Gelenkhöhle samt Synovialis und Kapsel vollständig entfernt werden. Im Kindesalter brauche man die Verletzung bez. Entfernung des Epiphysenknorpels, wenn sie notwendig erscheint, durchaus nicht so sehr zu scheuen, da einerseits auch bei spontaner Ausheilung zuweilen ganz wesentliche Verkürzungen der Gliedmaßen zustande kommen können, andererseits, so besonders am Oberschenkel, der distale Epiphysenknorpel für das Längenwachstum der wichtigere sei, und beim Arme schließlich weniger die Länge als die Funktionstüchigkeit in Frage kommt. Zum Freilegen der Gelenke werden nur die eine ausgezeichnete Übersicht gewährenden Querschnitte, für die Schulter der B a r d e n h e u e r - K o c h e r'sche, für die Hüfte der L a r g h i - S p r e n g e l'sche verwandt und bei der Schulter wo möglich primärer Wundverschluß ohne große Tamponade zu erzielen gesucht, während die enorme taschenreiche Wundhöhle bei der Hüftgelenkspfannenresektion ausgiebig tamponiert wird. Zu vermeiden sind unter allen Umständen bei Schulter und Hüfte die unbrauchbaren Schlottergelenke. Dies läßt sich einesteils durch primäre Fixation der wunden Knochenflächen, andererseits durch Extension und Mobilisieren erreichen. Im ersten Falle bekommt man eine Ankylose — bei der Hüfte erstrebenswert —, im anderen eine brauchbare bewegliche Nearthrose.

Um an der Schulter eine fehlerhafte Stellung zu vermeiden und die höchste aktive Leistungsfähigkeit zu sichern, wird der Arm in der Stellung extendiert, zu deren Erreichung im gesunden Zustande der größte Kraftaufwand nötig ist, also nach oben. Hierdurch und durch frühzeitige Übung und Massage ist es B. gelungen, Ausheilung mit fast normaler Beweglichkeit und Kraft der Nearthrose zu erzielen, wie einige beigegebene Photogramme zeigen. Ist aus irgendeinem Grunde, z. B. infolge unverbesserbarer Atrophie oder Paralyse des Deltoideus, eine Nearthrose nicht zweckmäßig, so empfiehlt Verf. eine f i x i e r t e Abduktionsstellung des Oberarmes in etwa einem rechten Winkel, um dem Deltoideus einen Teil der Arbeit abzunehmen und sie auf die anderen Schultermuskeln zu übertragen. Von fünf Fällen von Schultergelenkstuberkulose hat B. vier extrakapsulär operiert und die

Nachbehandlung nach den oben skizzierten Prinzipien geleitet. Stets hat er glatte Heilung ohne Fisteln und »glänzende funktionelle Resultate« erhalten.

26 Resektionen der Hüftgelenkspfanne, davon 18 bei Tuberkulose, acht bei Osteomyelitis, hat B. ausgeführt, ohne einen Todesfall zu erleben, der der Methode zur Last fiele; darunter befand sich ein $2^1/_2$jähriges Kind mit tuberkulöser Koxitis. Von den 18 wegen Tuberkulose Operierten starben fünf an anderweitiger Tuberkulose, vier sind noch in Behandlung, neun sind nach durchschnittlich 4—6monatiger Behandlungsdauer — nur ein Fall mit ausgedehnter Beckentuberkulose, dem nach und nach die ganze Beckenhälfte entfernt wurde, dauerte erheblich länger — mit guter Funktion zur vollständigen Ausheilung gekommen. Bei Osteomyelitis hält B. die totale Resektion der Hüftgelenkspfanne dann für indiziert, wenn es sich um eine septische Epiphysenlinienentzündung der Pfanne handelt, oder wenn diese bei Osteomyelitiden benachbarter Knochen schwer mit beteiligt ist. In Fällen von septischer Pfannenosteomyelitis hat sie gegebenenfalls als dringliche und lebensrettende Operation zu gelten und muß nach event. durch den sogenannten suprasymphysären Explorativschnitt B.'s zum Freilegen der nach dem Becken zu gelegenen Pfannenwand gestellten Diagnose sofort ausgeführt werden. Vier von den acht wegen Osteomyelitis coxae Operierten sind ihrer allgemeinen Infektion erlegen, die anderen sind in 8—9 Wochen völlig ausgeheilt. Alles in allem ist die totale Resektion der Hüftpfanne eine große, aber nicht gefährliche Operation, die auf die Verkürzung des Beines keinen wesentlichen Einfluß hat, dem Gehakte keine ungünstigen Verhältnisse schafft und auch im übrigen die benachbarten Organe in keiner Weise störend beeinflußt.

Müller (Dresden).

---

25) **C. Georgi.** Zur Behandlung variköser Unterschenkelgeschwüre.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 546.)

Zur Heilung variköser Unterschenkelgeschwüre ist die Trendelenburg'sche Saphenaunterbindung ein allerdings bewährtes Mittel, doch schützt sie, da sich Kollateralbahnen für das unterbundene Gefäß bilden können, nicht vor dem Rezidivieren. Zur Verhütung derselben hat Wenzel in Buenos Aires, ein Schüler Trendelenburg's, folgendes Verfahren angegeben: zwischen mittlerem und unterem Drittel des Oberschenkels wird ein bis auf die Fascie gehender Zirkulärschnitt gemacht, worauf alle in den Schnitt fallenden, oberhalb der Fascie gelegenen Venen mit möglichster Schonung der Hautnerven unterbunden werden. Zum Schluß Hautnaht.

Wie G. berichtet, sind in Credé's Abteilung im Stadtkrankenhause Dresden-Johannstadt drei Fälle nach diesem Verfahren mit Erfolg operiert, so daß dasselbe empfohlen werden kann.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).



26) **Momburg.** Die Entstehung der Fußgeschwulst.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 425.)

M., Stabsarzt im Garnisonlazarett Spandau, verfügt über 202 Röntgenaufnahmen von Fußgeschwulst, auf Grund deren er sich zur Sache äußert. Für die Ätiologie des speziell militärärztlich interessierenden Leidens kommt wesentlich die Mechanik und Anatomie der Mittelfußknochen in Betracht. Im Widerspruch mit Blecher hält M. es für ausgemacht, daß die Hauptstützpunkte des Fußes außer dem Calcaneus die Köpfchen des II. und III. Metatarsus (nicht die des I. und V.) sind. Außerdem ist die Länge der einzelnen Metatarsalknochen von Wichtigkeit, die individuell sehr verschieden ist, und für welche M. acht verschiedene Typen aufgestellt hat. Es prävalieren aber die Fälle, wo der II. Metatarsus der längste ist. Aus der vorzugsweisen Belastung des II. und III. beim Gehen und aus deren Größenverhältnis erklärt sich die Prädilektion der Fraktur und Periostitis für diese Knochen, welche der »Fußgeschwulst« zugrunde liegen. Vorwiegend ist der II., dann der III., selten der IV. betroffen. Der I. und V. Metatarsus dienen nur als Seitenstützen, sind aber stark entwickelt und brechen fast nie.

Beim Zustandekommen der Erkrankung sind die angestrengten Märsche mit durch das Gepäck vermehrtem Körpergewicht beim Soldaten die maßgebende Ursache. Beim Gehen haben die Metatarsalknochen als federnd elastische Stäbe zu wirken, wobei die eng zusammengehörigen Metatarsi II und III ein funktionelles Ganzes bilden. Eintretendes Müdigkeitsgefühl signalisiert die Erschöpfung der elastischen Kräfte dieser Knochen. Der marschierende Soldat ist aber nicht in der Lage, dem Fuße Ruhe zu gewähren. Die forcierte Anspannung der letzten Kräfte führt dann die fraglichen Schädigungen am Skelette bei ihm herbei. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

27) **Bloch.** Lymphogene und hämatogene Eiterungen bei Pneumonie.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

Der Diplococcus lanceolatus kann zu Eiterungen bei der Pneunomie führen, einmal durch Verbreitung auf dem Wege der Blutbahn, sodann aber auch durch Fortleitung in Lymphbahnen. Für letztere Entstehungsweise führt B. einen charakteristischen Fall an. Bei einem 18jährigen Manne bildete sich im unmittelbaren Anschluß an eine echte kruppöse Pneumonie eine Eiterung im Brustbein, ein zweiter Abszeß am Hals unter dem Kopfnicker und ein dritter in der Lendengegend und Hypochondrium. In allen ließen sich Pneumokokken nachweisen. Nach gründlicher Spaltung trat Heilung ein. Im Blute wurden trotz mehrmaliger genauer bakteriologischer Untersuchung nur einmal Pneumokokken nachgewiesen. B. nimmt an, daß die genannten drei Herde durch Fortleitung auf dem Wege der Lymphbahnen enstanden sind, da alle drei Herde in unmittelbarster Nähe der Pleura lagen. Die Prognose dieser lymphogenen Eiterungen ist günstiger als die der hämatogenen, weil es bei letzterer begreiflicherweise viel leichter zu allgemeiner

Pneumokokkenpyämie kommt. Die Literatur der lymphogenen Eiterung bei Pneumonie ist berücksichtigt, die Ursachen der verschiedenen Lokalisationen bei hämatogener Metastasierung werden erörtert. **Haeckel** (Stettin).

28) **L. Grant.** On haemophilia and its treatment.

(Lancet 1904. November 5.)

Ausgehend von der Tatsache, daß im weiblichen Geschlecht hämophile Blutungen enorm selten sind, während andererseits die Hämophilie durch Frauen vererbt werden kann, ein Zeichen, daß die gewisse Ursache dennoch in ihrem Körper vorhanden sein muß, glaubt Verf., daß dem weiblichen Organismus besondere, die Gerinnung des Blutes fördernde Stoffe innewohnen. Daß ein Zusammenhang der Hämophilie mit den Generationsorganen besteht, schließt Verf. aus der Erscheinung, daß Töchter von Blutern eine enorme Fruchtbarkeit aufweisen.

Verf. gab einem Kranken, der nahezu an einer Fußsohlenwunde verblutet war und bei dem kein Mittel Erfolg hatte, vom 3. Tage der Blutung an 3 mal $2^1/_2$ Grain (= 0,15) Ovarialextrakt (vom Schaf) (Burrough, Welcome and Cie.). Das Allgemeinbefinden hob sich sogleich, die Blutung hörte 2 Tage nachher völlig auf. Natürlich wurden die notwendigen chirurgischen Maßnahmen dabei nicht außer Acht gelassen.

Bei der Gefährlichkeit der Hämophilie und der Machtlosigkeit unserer bisherigen Mittel dagegen (auch des Adrenalins, wie in diesem Falle), kann man Verf. nur beistimmen, wenn er zur Nachprüfung dieser Therapie auffordert.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

19) **Holzknecht** und **Grünfeld.** Die Fremdkörperentfernung bei wechselndem Röntgen- und Tageslicht als Grundlage der Lehre von den radioskopischen Operationen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 552.)

Verff. beschreiben den »radiologischen Operationstisch« des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien, in dem sie eine zweckentsprechende Einrichtung für Arbeiten mit abwechselndem Röntgen- und Tageslicht gefunden zu haben glauben. Unterhalb der Platte des Tisches sitzt die gut bewegliche Röntgenröhre, und oberhalb der Tischplatte vermag man »auf Kommando von einem Wandtableau aus das Durchleuchtungsbild des auf der Tischplatte in Behandlung stehenden Körperteiles auf einen darüber gehaltenen Fluoreszenzschirm zu erhalten«. Zwei Abbildungen, die erste den Tisch, die zweite einen Operationsakt darstellend (dessen Hergang übrigens dem Ref. unverständlich blieb), erläutern die Beschreibung; auch sind neun mittels dieses Tisches gut gelungene Fremdkörperextraktionen mitgeteilt.

Auffällig ist, daß Verff. von der Mitteilung von Perthes über seine gleichen Zwecken dienende Tischkonstruktion in unserem Blatte 1904 Nr. 18 keinerlei Notiz nehmen. Der Perthes'sche Apparat entspricht im wesentlichen völlig dem von den Verff. beschriebenen. Nach den Abbildungen ist P.'s Tisch kleiner, aber auch einfacher als der von H. und G. Daß bei ihm mittels Pedalen elektrisches und Röntgenlicht gegeben werden kann, auch der Fluoreszenzschirm heb- und senkbar gemacht ist, erscheint dem Ref. als Vorzug.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

30) **M. Silbermark.** Über Spinalanalgesie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 46.)

In der v. Mosetig-Moorhof'schen Abteilung wurde die Bier'sche Spinalanalgesie in 203 Fällen erprobt. Zur Verwendung kam niemals Kokain; 17 Fälle wurden mit Eukain, 5 mit Tropakokain, die anderen mit Eukainum-β (jedesmal frisch bereitet in 3%iger Lösung) behandelt; für größere Eingriffe vom 16. Jahre aufwärts wurden 2 ccm, für kleinere 1 ccm injiziert. 41mal kamen Störungen vor, darunter fünfmal Kollaps.

S. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1) Die Spinalanalgesie ist nicht gefährlicher als die Inhalationsnarkose und der Infiltrationsmethode deswegen überlegen, weil sie die anatomischen Verhältnisse nicht verwischt.

2) Sie kann bei allen Operationen in der Leiste, an den Geschlechts- und Harnorganen und den unteren Extremitäten bei Individuen über 16 Jahre ohne jedes Bedenken angewendet werden. **Hübener** (Dresden).

31) **M'Call Anderson.** Three cases of lupus, in which the light treatment foiled: subsequently treated by tuberculin.

(Glasgow med. journ. 1904. November. p. 359.)

Die Überschrift gibt den Inhalt wieder. Es sei noch bemerkt, daß die Tuberkulinbehandlung sofort eine wesentliche Besserung zur Folge hatte.

W. v. Brunn (Marburg).

32) **Doutrelepont.** Über Erythema induratum (Bazin).

(Beiträge für Klinik der Tuberkulose 1904. Bd. III. Hft. 1. p. 1.)

D. berichtet über drei Fälle dieser erst neuerdings bekannt gewordenen Krankheit, die durch das Auftreten flacher, harter, blauroter, druckempfindlicher Infiltrationsherde charakterisiert ist.

Die histologische Untersuchung ergab eine große Ähnlichkeit mit tuberkulösem Gewebe: Herde von Epitheloidzellen, von Rundzellen umgeben, sowie Riesenzellen in mäßiger Menge.

In einem der Fälle trat unter Injektionen von Atoxyl deutliche Besserung ein, in einem anderen durch Röntgenbehandlung. **W. v. Brunn** (Marburg).

33) **R. Graf.** Zwei Fälle von Echinokokkus mit seltener Lokalisation.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 34.)

Im ersten Falle, der einen 51jährigen Mann betraf, handelte es sich um das Rezidiv eines Echinokokkus des Oberschenkels (vor 9 Jahren erstmalige Operation), im zweiten war der Sitz des Echinokokkus am Halse der 36jährigen Pat. gelegen, der Wand der Trachea fest ansitzend. **Hübener** (Dresden).

34) **V. Mahar.** Note sur un cas d'angiome musculaire.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXIX. ann. 6. sér. Nr. 1.)

Die eigenartige Beobachtung betrifft den Pron. quadrat. einer 42jährigen Frau, welcher im Verlaufe von etwa zwei Jahren angiomatöse Umbildung unter lebhaften Schmerzen erfahren hatte. Tiefer Sitz, Härte und radioskopischer Befund ließen eine Knochengeschwulst diagnostizieren. Die Abtragung derselben gelang verhältnismäßig leicht. **Christel** (Metz).

35) **W. Kopfstein.** Kasuistik seltener Geschwülste.

(Časopis lékařů českých 1904. Nr. 36—41.)

1) Angeborenes Angiomyxofibrosarkom. Fünf Tage altes, gut entwickeltes Kind, gesunde Mutter, normale Geburt. Walnußgroße, breitbasig aufsitzende, kuglige, glatte, elastische, nicht zusammendrückbare, nicht pulsierende Geschwulst mit verdünnter, dunkelroter, geschwüriger Haut. Abtragung mittels Durchschneidung des Stieles. Nach einem Jahre kein Rezidiv. (Abbildung.)

2) Haematoma ossis. Achtjähriges Mädchen; zehn Monate nach einem Trauma (Steinwurf) entstand im unteren Drittel der Fibula eine fluktuierende Geschwulst mit Pergamentknistern. Der Knochen war im Bereiche der Geschwulst durch eine mit Blut gefüllte Cyste mit harter Wandung ersetzt; die Innenfläche der Cyste war glatt, mit Fibrinablagerungen bedeckt. Auskratzung, Tamponade. Nach vier Monaten Rezidiv. Exstirpation desselben und Auskratzung des Wundbodens; nach zwei Jahren kein Rezidiv. Histologisch: Sarcoma gigantocellulare.

Außerdem werden ausführlich beschrieben und z. T. abgebildet: je ein Kavernom der Subscapulargegend und des Fingers, sechs Lymphangiome, zwei branchiogene Cysten und ein Fall von multiplen Chondromen, kombiniert mit multiplen subkutanen Kavernomen. **G. Mühlstein** (Prag).

36) **S. Jellinek.** Zur klinischen Diagnose und pathologischen Anatomie des multiplen Myeloms.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVII. p. 96.)

J. gibt eine ausführliche Krankengeschichte eines 45jährigen Pat., der ohne Ursache unter dem Bild einer Tabes — Herabsetzung der Reflexe, lancinierende Schmerzen, motorische Insuffizienz — erkrankte. Eine im Verlaufe der Krankheit auftretende große Zahl von Spontanfrakturen — befallen wurden fast alle Knochen des Skelettes — ließ die anfänglich gestellte Diagnose zweifelhaft erscheinen. Eine genaue Untersuchung des Skelettes ergab denn auch weitgehende Zerstörungen an demselben; besonders fielen eine Anzahl rundliche, mit zackiger Umrandung versehene Einsenkungen am Schädel auf. Die über diesen befindliche Haut war normal. Ähnliche Einsenkungen fanden sich an beiden Schlüsselbeinen. Das deformierte Brustbein schien in eine fibrös-knorpelige Masse umgewandelt zu sein; deutliches Pergamentknistern. Die Extremitäten, besonders die unteren, waren durch zahlreiche Frakturen stark verkürzt und verunstaltet; jede Berührung verursachte sehr starke Schmerzen. Die Röntgendurchleuchtung ließ in allen Knochen zahlreiche, meist rundliche Herde erkennen. Der Bence-Jones'sche Eiweißkörper wurde niemals nachgewiesen.

Verf. bespricht dann die differentiell-diagnostisch in Betracht kommenden Krankheitsprozesse der Knochen und gibt zum Schluß ein ausführliches Sektionsprotokoll, durch das die im Leben gestellte Diagnose bestätigt wird. Letzteres, sowie die Resultate der mikroskopischen Untersuchung und die Erörterung über die pathologisch-anatomische Stellung des Myeloms sind im Original einzusehen. Ein ausführliches Literaturverzeichnis bildet den Schluß der Arbeit.

Doering (Göttingen).

37) **De Forest Willard and Andrus.** Ostitis deformans.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1904. Oktober.)

Die 53jährige Pat. erlitt vor 5 Jahren einen Bruch des linken Oberschenkels, welcher mit leichter Verkrümmung, im übrigen normal heilte. Zu derselben Zeit bemerkte sie, daß das linke Bein allmählich kürzer wurde, und zwar infolge einer Verbiegung des Oberschenkels mit der Konvexität nach vorn außen; gleichzeitig traten Schmerzen im Oberschenkel auf, welche nach der Lumbalgegend ausstrahlten und immer mehr zunahmen. Zurzeit hält Pat. wegen der Schmerzen in der Lumbosakralgegend Wirbelsäule und Kopf nach vorn geneigt. Der ganze rechte Oberschenkel ist verdickt und durch die Verkrümmung das rechte Bein $7^1/_2$ cm kürzer; ebenso ist die rechte Tibia in ganzer Ausdehnung verdickt und leicht nach vorn gebogen, desgleichen die linke Tibia. Bewegungen im rechten Hüfgelenk eingeschränkt, der Gang erschwert und schmerzhaft. Auch am Brustkorb und den Schlüsselbeinen finden sich Andeutungen von Verdickungen und Verbiegungen.

Es handelt sich also um einen noch nicht sehr vorgeschrittenen Fall von Paget's Ostitis deformans (7 Abbildungen). **Mohr** (Bielefeld).

38) **Bloodgood.** Bone cysts. (Vortr. a. d. 55. Jahresvers. d. americ. med. assoc.)

(Journ. of the am. med. assoc. 1904. Oktober 15.)

Mitteilung einer Anzahl von Knochencysten an den Kiefern und Extremitäten und Angaben über Behandlung und Verlauf. Auch Sarkome verschiedener Art sind berücksichtigt. Von besonderem Interesse ist die Mitteilung einiger Kiefercysten epithelialer Natur (Epithéliomes adamantines) mit Abbildungen, die die monströse Entwicklung der Geschwülste (bei Negern!) zeigt. Die Krankengeschichten sind mitgeteilt. **Trapp** (Bückeburg).



39) **P. Soubeyran.** Le myxome pur des os.

(Revue de chir. XXIV. ann. No. 2 u. 4.)

Relativ häufig mit Sarkom, Enchondrom und Fibrom vergesellschaftet, ist das reine Myxom eine recht seltene Geschwulstform, und S. hat nur 6 derartige Fälle in der Literatur gefunden, deren Krankengeschichten in die Abhandlung eingeflochten sind. Es entwickelt sich vom Marke meist langer Knochen bezw. auch des Unterkiefers, vielleicht auch vom Periost aus (Cornil und Rouvier), verdünnt den Knochen, treibt ihn auf oder durchbricht ihn, ohne jedoch mit der darüberliegenden Haut in engere Beziehung zu treten. Die Entwicklung der Geschwulst ist eine langsame, schleichende und verrät sich meist nicht durch Schmerz, sondern erst durch die Schwellung.

Die Diagnose wird sich neben dem langsamen Wachstum wesentlich auf das Fehlen entzündlicher Erscheinungen — Fieber, Schmerz — und solche, die an Sarkom erinnern — Hautrötung, lokale Wärme, Pulsation, Pergamentknistern — stützen müssen. Die Durchleuchtung kann vielleicht bei cystischer Entartung Aufschluß geben; in allen Fällen wird bei schwankender Diagnose vor zu radikalem Entschluß die Probeinzision zu machen sein, und in dem austernähnlichen Aussehen der graugelben Geschwulstmasse wird man das Myxom erkennen.

Die Behandlung besteht in der Ausräumung der Massen; doch ist zu berücksichtigen, daß sowohl Rezidive als auch bösartige Umwandlung beobachtet wurde.

Christel (Metz).

40) **G. Woolsey.** A case of tumor of the spinal cord.

(Medical news 1904. Nr. 14.)

Bei einem 34jährigen Manne hatten sich innerhalb $1^1/_2$ Jahren die Symptome einer Rückenmarksgeschwulst entwickelt. Den Anfang machten Schwäche des linken Armes und Gürtelgefühl um die Brust. Nach weiteren sensiblen Reizerscheinungen, wie Neuralgie und Parästhesie beider Hände, vornehmlich aber der linken, stellte sich atrophische Lähmung mit aufgehobenem Muskelgefühl an der linken oberen Extremität ein. Dazu gesellten sich spastische Paralyse der linken unteren Extremität mit gesteigertem Patellarreflex und deutlichem Babinskischem Phänomen. Die rechte Seite bot Parästhesie an den Zehen und Sensibilitätsstörung bis zum V. Brustsegment. Über dem Dorn des V. Brustwirbels, sowie über dem des VI. Halswirbels war eine schmale hyperästhetische Zone. Rückwärtsbeugungen des Kopfes verursachten heftige Nackenschmerzen. Die ausgedehnten Wurzelsymptome ließen auf eine extradurale Geschwulst schließen, deren Sitz in die Höhe des VI. Halswirbels verlegt wurde.

Die Laminektomie des IV. bis inkl. VII. Halswirbels ergab extradural keine Geschwulst. Nach Eröffnen der Dura, wobei durch einen Tampon dem Abfließen von Liquor cerebrospinalis Einhalt geboten wurde, fühlte man in der Höhe des VI. Halswirbelbogens an der linken Seite des Rückenmarkes eine Resistenz. Beim weiteren Vorgehen präsentierte sich eine blutreiche, derbe, ungefähr haselnußgroße Geschwulst, die mit der Innenfläche der Dura verwachsen war und das Rückenmark von der Seite und von vorn her komprimierte. Sie ließ sich aus ihrer pialen Kapsel herausschälen, wobei aber zwei hintere Nervenwurzeln durchtrennt werden mußten. Die Dura wurde vernäht.

Die Wunde heilte per primam. Das mikroskopische Bild der Geschwulst stellte ein Endotheliom dar. Nach der zweiten Woche gingen die spastischen Lähmungen der linken unteren Extremität zurück. Einen Monat später konnte der Kranke ohne Hilfe im Zimmer mit allerdings etwas spastisch-paretischem Gang umhergehen. Nach 7 Monaten waren noch Störung des Muskelgefühls in der linken oberen Extremität, sowie Parästhesie — letztere aber nur ganz gering — vorhanden, während sich die Motilität bedeutend gebessert hatte und z. Z. immer noch Fortschritte macht.

Die Tatsache, daß die Geschwulst immer zu tief lokalisiert wird, führt der Verf. darauf zurück, daß einmal Anastomosen unter den einzelnen Nervenwurzeln

bestehen und andererseits die zuleitenden Bahnen erst eine Strecke weit in der weißen Substanz verlaufen, bevor sie in die graue Substanz eintreten.

Hofmann (Freiburg i. Br.).

41) **Munro.** Laminectomy.

(Vortrag a. d. 55. Jahresvers. d. Amer. med. assoc.)
(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. Oktober 22.)

Die letzten Jahre haben eine Anzahl günstig verlaufener Fälle von Wirbelbrüchen, bei denen Laminektomie gemacht war, beobachten lassen. M. hat im ganzen gefunden, daß die Ergebnisse der Operation günstigere geworden sind, besonders bei Halswirbel- und hochsitzenden Brustwirbelbrüchen. Selbst bei chronischer Kompression kann noch Besserung eintreten. Ferner sind häufig noch unverletzte Nervenbahnen im Rückenmark vorhanden, trotz der klinischen Erscheinungen voller Querschnittsdurchtrennung, und auf keinen Fall, seiner Ansicht nach, erhöht man die Leiden eines solchen von Querschnittsdurchtrennung betroffenen Unglücklichen, wenn man die Operation vornimmt.

Krankengeschichten. Bei fünf frischen Brüchen von Hals- und Brustwirbeln wurden keine nennenswerten Erfolge erzielt, obwohl bei allen Betroffenen noch die Leitungsfähigkeit erhalten war. Es fanden sich Blutergüsse im periduralen Fett, Flüssigkeitsansammlung im Duralsack. Nach der Operation trat einige Male eine geringe Besserung in Beweglichkeit und Gefühl auf, aber Dekubitus und Nierenbeckeneiterungen führten, wie gewöhnlich, in wenigen Wochen zum Tode. — Veraltete Frakturen: 14jähr. Knabe. Bruch durch direkten Fall auf den Nacken, VII. Halswirbel gebrochen. Keine Behandlung. Nach dem Unfall teilweise atrophische Lähmung von Vorderarm- und Handmuskeln, spastische Lähmungen der Beine mit erhaltener Sensibilität und Reflexen. VII. Hals- und I. Brustwirbelbogen entfernt; ein Sack aus Arachnoidea, mit Flüssigkeit gefüllt, drückte auf das Rückenmark. Nach Entfernung trat langsam Besserung ein, die nach 9 Monaten soweit ging, daß Pat. völlig normale Beweglichkeit aller Extremitäten hatte; nur geringe Atrophie der Vorderarmstrecker blieb zurück. — Pachymeningitis cervicalis bei 40jähr. Manne. Mannigfaltige, wechselnde Bewegungs- und Gefühlsstörungen in den oberen Gliedmaßen und den Nackenmuskeln. V. und VI. Halswirbelbogen entfernt. Die Dura war mit Flüssigkeit unter hohem Drucke gefüllt, Verwachsungen zwischen ihr und Pia, die mit Sonde gelöst wurden. Zunehmende Besserung in Beweglichkeit und Gefühl. — Durchtrennung hinterer Wurzeln wegen Neuritis. 1) Durch Eisenbahnunfall am linken Arm völlig gelähmter Mann mit sehr erheblichen neuritischen Beschwerden. IV.—VI. Halswirbelbogen entfernt, die 7., 6. und 5. hintere Wurzel dicht am Rückenmark durchschnitten. Die Schmerzen im Arme waren dauernd beseitigt, dagegen trat unvollständige Brown-Sequard-sche Lähmung und Schmerzen im Nacken auf. Der Arm wurde später amputiert. 2) 29jähr. Mann, dem wegen schwerer Verbrennung 9 Monate vorher der rechte Arm amputiert war. Wegen Neuromen mehrfach nachoperiert ohne Erfolg. Nach Abtragung des V.—VII. Halswirbelbogens wurde die 6. bis 8. hintere Wurzel durchtrennt. Die Schmerzen schwanden zum größten Teil. 3 Monate später Paraplegie beider Beine, erneute Schmerzen im Armstumpf. Bei erneuter Operation in der alten Narbe fanden sich Verwachsungen am Rückenmark und ein erhaltener Nervenstrang. Nach Befreiung des Markes und Durchtrennung des Nerven wurde nach Zwischenschaltung von feiner Silberfolie die Dura über dem Rückenmark vernäht. In der nächsten Zeit trat keine Besserung ein. — Myelom der Wirbelsäule. 39jähr. Mann. Die Erkrankung begann mit Schmerzen zwischen den Schulterblättern, später trat Ataxie und spastische Parese der Beine auf; auch geringe Par- und Anästhesien an Rumpf und unteren Gliedmaßen kamen später hinzu, die Kniereflexe waren gesteigert. Die Diagnose wurde auf Rückenmarkskompression durch Geschwulst gestellt. Bei der Operation wurde der I. bis IV. Rückenwirbelbogen entfernt, wobei der IV. in seiner linken Hälfte verdünnt, bläulich, mit breiigem, rötlich-grauem Gewebe angefüllt gefunden wurde. Gleiche Massen ließen sich nach vorne verfolgen, zur linken Seite des Wirbelkörpers, welcher sich rauh und beweglich zeigte. Die Geschwulstmassen drückten von vorn her

gegen das mit unveränderter Dura überzogene Mark. Ausschabung soweit möglich. Kurz nach der Operation bestand Paraplegie beider Beine, die aber schnell völlig verschwand. Die früheren Beschwerden schwanden allmählich unter Nachbehandlung mit Knochenmark und Coley's Serum (?). Inzwischen traten an verschiedenen Rippen kleine Geschwülste und Spontanfrakturen auf, ohne daß weitere Verbreitung eintrat. An der Wirbelsäule kein Rezidiv, nur Kyphosenbildung durch Zusammensinken des ausgelöffelten Wirbelkörpers. **Trapp** (Bückeburg).

42) **Edington.** Imperfectly descended testicle, with tuberculosis of processus vaginalis.

(Glasgow med. journ. 1904. November.)

Bei Operation einer angeborenen Hernie eines sonst völlig gesunden 12jährigen Jungen erwies sich der Bruchsack ebenso wie die Oberfläche des retinierten und mitentfernten Hodens mit miliaren Tuberkeln bedeckt. Für das Vorhandensein einer allgemeinen Tuberkulose des Bauchfelles fehlte jeder klinische Anhaltspunkt.

W. v. Brunn (Marburg).

43) **Edington.** Strangulation of testicle from torsion of a pedunculated mesorchium.

(Glasgow med. journ. 1904. November.)

Hoden und Nebenhoden waren durch ein Mesorchium an die Tunica vaginalis angeheftet. Durch Torsion dieses Mesorchiums kam es zur Strangulation des Hodens bei dem 9 Monate alten Kinde. Exstirpation. Heilung.

W. v. Brunn (Marburg).

44) **M. Patel.** Rupture de varicocèle; hydro-hématocèle concomitante.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1904. Nr. 20.)

Verf. berichtet über einen 57jährigen Kranken, der seit sehr langer Zeit eine große linksseitige Hydrokele hatte, die ihm aber keinerlei Beschwerden machte. Seit einem Jahre beträchtliche Vergrößerung; die Untersuchung ergab außer der Hydrokele noch eine starke Varikokele. Unter einem eigentümlichen Gefühle von Schwere kam es plötzlich zu einer ödematösen, bläulichen Infiltration der unteren Partie des Hodensackes; der Samenstrang bildete eine verdickte, leicht krepitierende Masse; die Hydrokele war nicht mehr vollkommen transparent. Die Diagnose wurde auf Ruptur der Hydrokele gestellt; die Operation ergab aber, daß eine oder mehrere Venen der Varikokele geborsten waren, und daß sich eine Hydrohämatokele gebildet hatte. Entleerung der Blutgerinnsel, Unterbindung der blutenden Gefäße; Radikaloperation der Hydrokele; Heilung. **Paul Wagner** (Leipzig).

45) **Young.** Case of sarcoma of nine years' duration.

(Glasgow med. journal 1904. November. p. 372.)

Eine 38jährige Frau wurde 1894 wegen einer Eierstockgeschwulst der linken Seite operiert. 1895 hatte sie eine Geschwulst der rechten Unterbauchgegend, die den rechten M. rectus durchwachsen hatte, mikroskopisch sich als Spindelzellensarkom erwies und schon damals inoperabel war. Die Hauptmasse der Geschwulst ging dann spontan zugrunde, doch wuchs sie nach oben zu weiter und bildet jetzt eine große Geschwulst am linken Rippenbogen. Der Allgemeinzustand der Frau ist ein guter, die Lymphdrüsen der linken Achsel sind jetzt vergrößert, doch sind Veränderungen innerer Organe nicht nachweisbar. **W. v. Brunn** (Marburg).

46) **O. E. Schulz.** Über einen Fall von angeborenem Defekt der Thoraxmuskulatur mit einer Verbildung der gleichseitigen oberen Extremität.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 33.)

Völliges Fehlen des sterno-kostalen Anteils des M. pectoralis major. Pectoralis minor teilweise erhalten. Hochstand der rechten Spina scapulae. Der untere An-



teil des M. cucullaris fehlt. An den Oberarm setzt sich ein rudimentäres Gebilde, der Hand entsprechend, ohne Gelenkverbindung an. Das Röntgenbild ist folgendermaßen zu deuten. An den nicht sehr deformen Humerus lagert sich ein länglicher Knochen an, der mit dem proximalen Fortsatze zusammen als Ulna zu deuten wäre, während zugleich das distale Ulnastück, Carpus und Metacarpus und zum Teil die Phalangen zu einem gemeinsamen Stück verschmolzen sind. Der Radius fehlt, ist nur durch einen Vorsprung am Humerus angedeutet. **Hübener** (Dresden).

47) W. Kopfstein. Kongenitaler Defekt der Brustmuskeln.

(Časopis lékařů českých 1904. p. 1197.)

Die kongenitalen Defekte der Brustmuskeln teilt K. in zwei Gruppen ein. Bei den Fällen der ersten Gruppe besteht eine Hautfalte zwischen Brustwand und Innenfläche des Oberarmes mit lockerem Bindegewebe, Venennetzen und einer Sehne, die manchmal Muskelfasern enthält, im freien Hautrande; ferner erschwerte Beweglichkeit im Schultergelenk. Diese Fälle werden durch die Operation gebessert. (Siehe des Autors Fall, ref. in diesem Blatte 1902.) — Die Fälle der zweiten Gruppe verursachen in der Regel keine Störungen und werden nur zufällig entdeckt. Hierher gehört der folgende, allerdings vom Typus etwas abweichende Fall des Autors:

9jähriger, sonst vollkommen gesunder Knabe, bei dem der Turnlehrer eine mangelhafte Beweglichkeit der linken Schulter konstatierte. Es fehlte der sternokostale Teil des M. pectoralis major und der M. pectoralis minor der linken Seite, die infolgedessen abgeflacht war; die linke Brustwarze stand höher als rechts, in ihrer Umgebung und in der viel flacheren Axilla fehlte die Behaarung; der M. deltoideus, biceps und triceps waren mangelhaft entwickelt (Umfang des linken Oberarmes um 4 cm kleiner als rechts), und der linke Oberarm war um 3 cm kürzer als der rechte. Infolge dieser Komplikationen war ausnahmsweise die aktive Beweglichkeit im Schultergelenk (besonders Abduktion und Elevation) und die Energie bei Flexion und Extension im Kubitalgelenk beschränkt. **G. Mühlstein** (Prag).

48) A. Conor. Tuberculose de la clavicule.

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 105.)

Unter 16 Pat. mit Schlüsselbeintuberkulose fand C. sieben, bei denen ausschließlich das Schlüsselbein Sitz der tuberkulösen Infektion war. Zu denen gehört auch der von ihm beobachtete Fall:

Nach mehrtägigem Unbehagen in der linken Schulter klagte der 13jährige, sonst durchaus gesunde Pat. eines Abends über lebhafte Schmerzen am sternalen Ende des linken Schlüsselbeines. Ödem, beständig wachsende Schwellung, Fieber. Nach 14 Tagen wurde inzidiert, nach weiteren 9 Tagen nekrotomiert; typische Granulationen wurden entfernt und 4 cm der Diaphyse reseziert. Nach $2^1/_2$ Monaten wurde Pat. geheilt entlassen.

Der Tierversuch lieferte den Beweis, daß Tuberkulose vorgelegen hatte.

V. E. Mertens (Breslau).

49) Summa. Verletzung der A. subclavia durch Zerrung mit Zerreißung des Plexus brachialis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 561.)

Die im Hamburger Hafenkrankenhause beobachtete Verletzung entstand dadurch, daß dem Pat., einem Matrosen, bei der Arbeit an der Wünsche der rechte Ärmel von der Trosse erfaßt und mit großer Gewalt und Plötzlichkeit bis zum Schultergürtel zwischen Trosse und Welle gezogen war. Der ziemlich kollabierte Pat. hatte außer einer Ellbogenverrenkung eine mächtige Wunde in der Achselhöhle ohne besonderen Bluterguß; doch zeigte sich die bei der ersten Wundversorgung sichtbare Achselarterie blutleer und nicht pulsierend; Anästhesie und motorische Lähmung der Extremität. Bei einer zweiten Wundrevision, 3 Stunden später, findet man die Subclavia bis zur Mitte des Schlüsselbeines normal stark und pul-

sierend, dann verjüngt sie sich in einen stricknadeldicken Strang, der sich 2 cm weit verfolgen läßt, bis er im Gewebe verschwindet. Am nächsten Tage wegen beginnender Gangrän Exartikulation in der Schulter, doch erliegt Pat. an Herzschwäche (Folge der drei rasch hintereinander erforderlichen Narkosen?). Am Gefäßpräparate zeigt sich, daß der dünne Strang, in den die Arterie überging, nur aus der Adventitia bestand; der Brachialplexus war, wie schon im Leben erkannt, völlig durchrissen. Zweifellos entstanden die Zerreißungen wesentlich durch den übermäßigen Zug an dem Gliede. Möglich ist aber auch, daß ein gleichzeitig vorhandener Schlüsselbeinbruch mitwirkte: das mediale Knochenfragment kann vielleicht durch Druck gegen die 1. Rippe auch mit geschädigt haben. Das Arterienpräparat ist im Original abgebildet. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

50) **M. Hofmann.** Über subkutane Ausreißung der Sehne des langen Bicepskopfes an der Tuberositas supraglenoidalis und sekundäre Naht.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 33.)

Mitteilung eines in der v. Hacker'schen Klinik operativ behandelten Falles, bei welchem besonders der in Abbildung vorgeführte Operationsbefund von Interesse ist (8 Wochen nach der Verletzung). Es bildete nämlich die ausgerissene Sehne eine Schleife in der Art, daß ihr oberes Ende neben ihr unteres (Übergang in Muskelgewebe) zu liegen kam, so daß die von der Sehne gebildeten beiden Schenkel der Schleife parallel nebeneinander lagen. Der Scheitel lag in Höhe und neben dem Deltoidesansatze. Die Sehne wurde 4 cm über ihrem Übergang in den Muskelbruch durchtrennt und an die Sehne des M. pectoralis minor hart am Knochen angeheftet, ebenso die aus dem Sulcus intertubercularis hervortretende schwartige Sehnenhülle an die laterale Seite des an dieser Stelle fibrösen langen Bicepskopfes. Völlige, auch funktionelle, Heilung.

Trotz der hohen Abrißstelle fehlte hier, worauf ausdrücklich hingewiesen wird, das Pagenstecher'sche Symptom. **Hübener** (Dresden).

51) **B. Hahn.** Zwei Fälle von subkutaner Zerreißung des M. biceps brachii.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 28.)

Der erste (57jähriger Mann) der beiden in der Lotheissen'schen Abteilung im Lauf eines Jahres unter 78 Oberarmverletzungen beobachteten Fälle gehört in die zahlreichere Gruppe von Rupturen der Sehne des langen Kopfes und kam erst 6 Monate nach der Verletzung zur Operation, welche die vorher auf Grund des Fehlens des Pagenstecher'schen Symptoms (bei hochsitzender Sehnenzerreißung ist eine Subluxation des Humeruskopfes nach oben und vorn vorhanden) gestellte Diagnose der Abreißung der Sehne am Muskelansatze bestätigte.

Der zweite Fall (61jähriger Mann) betraf die Ruptur des Muskels am unteren Ende: Abflachung in der unteren Hälfte des Oberarmes und Lageveränderung der gesamten Muskelmasse des Biceps, der nach aufwärts zusammengeschoben erschien. Bei der Operation fand man, daß die Muskelfasern des Biceps sich von der Aponeurose losgelöst hatten und so gleichsam am Oberarme hinaufgerutscht waren, während die Aponeurose selbst erhalten blieb und narbig verdickt als die tastbare, zipfelartige Fortsetzung die Verbindung zwischen Sehne und dem verschobenen Muskel aufrecht erhielt. **Hübener** (Dresden).

52) **Bardenheuer** und **Teinen.** Ein Beitrag zur Pseudarthrosenbehandlung des Humerus.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

B. erkennt als einzige (? Ref.) Ursache der Pseudarthrosenbildung bei Frakturen die schlechte Stellung der Bruchstücke an, da es hierzu bei seiner Extensionsbehandlung der Knochenbrüche, die eine gute Stellung der Bruchenden gewährleiste, nie komme. In einem zunächst anderwärts behandelten Falle von Oberarmbruch bei einem 52jährigen, sehr schwächlichen Manne, bei dem die Bruchenden spitz

auliefen und eine einfache Knochennaht keine sichere Konsolidation versprach, transplantierte B. nach dem Vorgange Scheuer's ein 6 cm langes Stück der samt Periost, Muskulatur und Haut gestielt eingesetzten 3. Rippe auf die durch Drahtnaht vereinigten Bruchstücke. Nach monatelanger Fixation feste knöcherne Vereinigung. **Müller** (Dresden).

53) **H. Morestin.** Fusion congénitale des os de l'avant bras à leur partie supérieure.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris LXXIX. ann. 6. sér. Nr. 1.)

Ähnliche Fälle sind bisher vier publiziert; doch hatte sich bisher keiner für chirurgische Behandlung geeignet. Es handelt sich um eine 19jährige Waise; der linke Vorderarm ist schwächer, etwas kürzer und wird in unveränderlicher starker Pronation gehalten. Doch läßt sich im unteren (Radiokarpalgelenk) Abschnitte des Vorderarmes eine geringe Beweglichkeit erkennen; die des Ellbogengelenkes war — soweit sie Humerus und Ulna betraf — normal. Die Radioskopie ergab nichts Wesentliches außer Verbreiterung des zentralen, etwas verkrümmten Speichenendes und Trommelschlägelform desselben.

Die Operation bestand in Entfernung des Radiusköpfchens, das mit dem Oberarme keinerlei gelenkige Verbindung hatte, und der Resektion einer 2,5 cm langen Knochenbrücke zwischen Radius und Ulna. Die Weichteilverbindungen waren jedoch so fest, daß sie die Supination außerordentlich hemmten. Trotzdem erreichte M. durch sofort nach primärer Wundheilung begonnene Bewegungen eine Bewegungsfreiheit innerhalb 80°, so daß der Daumen immerhin bei äußerster Supination nach außen zeigt. **Christel** (Metz).

54) **Bardenheuer** und **Eller.** Ein Fall von irreponibler Zeigefingerluxation im Metakarpophalangealgelenke mit Interposition eines Sesambeines.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

Völlige funktionelle Heilung durch operativen Eingriff.

Müller (Dresden).

55) **Dunin.** Chronische Eiterung auf den Fingern mit Bildung von kohlensauren Konkrementen.

(Gaz. lekarska 1904. Nr. 48.)

D. beschreibt zwei Fälle von Fingereiterung bei einer 54 resp. 40 Jahre alten Frau. Auf den Fingerspitzen bildeten sich weiße Punkte, aus welchen nach einigen Tagen kleine weiße Körnchen herausfielen oder unter der Haut in Form von harten gelblichen Knötchen zu fühlen waren. Verf. hielt es für gichtische Auflagerungen, empfahl der Kranken Karlsbad, wo sie 2 Jahre hindurch ohne Erfolg war. Er punktierte nun die harten Stellen, und es entleerte sich ein kleiner Eitertropfen, welcher kohlensaure Konkremente enthielt; auch die Körnchen bestanden aus kohlensaurem Kalk. Wildbolz beschrieb im Archiv für Dermatologie u. Syphilis einen ähnlichen Fall bei einer 57 Jahre alten Frau (Bd. LXX Hft. 3: Über Bildung von phosphorsauren und kohlensauren Konkrementen in Haut und Unterhautgewebe). **Bogdanik** (Krakau).

56) **B. Niederle.** Luxatio femoris subglenoidalis s. infracotyloidea.

(Sborník klinický Bd. V. p. 431.)

Zu den 19 aus der Literatur des vorigen Jahrhunderts gesammelten Fällen fügt N. einen neuen, genau beobachteten, typischen Fall der genannten Verrenkung hinzu. Vom praktischen Standpunkte kommen nur zwei Arten derselben in Betracht: 1) die Verrenkung direkt nach unten; der Schenkelkopf steht am Tuber ischii, dem tiefsten Punkte, bis zu dem der Schenkelkopf bei unversehrtem Lig. ileo-femorale überhaupt hinabsteigen kann; daher erreicht hier die Flexion den

höchsten Grad. Eine andere Abweichung der Stellung kommt hier nicht vor. Diese Form ist sehr selten. 2) Verrenkung nach unten und innen (aber nicht bis zum Foramen ovale oder Damm). Symptome: Flexion, Abduktion und Rotation nach außen. Diese Fälle sind die häufigsten; hierher gehört auch der vom Autor beschriebene Fall aus der Klinik von † Maydl.

10jähriger Knabe; Sturz aus einer Höhe von 3 m. Mäßige Flexion, Abduktion im rechten Winkel, hochgradige Rotation nach außen (eine Photographie, zwei Skiagramme). Reposition in Narkose am 3. Tage gelingt spielend durch einfachen Zug in der Richtung der Flexion. **G. Mühlstein** (Prag).

57) **Lafoy.** Fractures spontanées du tibia et du fémur.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXIX. ann. 6. sér. Nr. 1.)

Junges Mädchen — 22 Jahre — verspürt im Gehen plötzlichen Schmerz im rechten Unterschenkel; sie kann noch nach Hause gehen, wird dann 3 Monate lang wegen »Phlebitis« behandelt; erst im Spitale Necker's wird die Diagnose auf spontane Fraktur der Tibia gestellt. Keratitis interstitialis im 12. Jahre, charakteristische Zahnbildung, höckerige Gestalt der Tibia lassen Syphilis hereditaria als wahrscheinliche Ursache erkennen. Entsprechende Therapie vermochte jedoch keine Konsolidation zu erzielen.

Günstiger verlief die Schenkelhalsfraktur eines 32jährigen Mannes, der 1 Jahr vorher eine Spontanfraktur der rechten Oberschenkeldiaphyse erlitten hatte. Er war als Soldat einer Schmierkur unterzogen worden, doch ließ sich zurzeit nicht sicher Syphilis als die Ursache der Brüche feststellen.

Es erfolgte Heilung durch Extensionsverband. **Christel** (Metz).

58) **Ch. Lenormant et A. Desjardins.** Deux cas d'anomalie de l'artère fémorale profonde.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXIX. ann. 7. sér. Nr. 2.)

Die seltene Anomalie — sie scheint erst etwa siebenmal beobachtet worden zu sein — fand sich das eine Mal rechts, das andere Mal links. Die Femoralis profunda tritt medialwärts aus der Il. ext. vor die Vena femoralis, um sich oberhalb des Eintrittes der Saphena hinter die Saphena femoralis rück- und lateralwärts zu begeben. Diese eigenartige Anordnung entbehrt nicht des chirurgischen Interesses. **Christel** (Metz).

59) **v. Aberle.** Ein Fall von fast rechtwinkligem doppelseitigen Genu valgum.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellsch. d. Ärzte in Wien; Sitzung vom 3. Juni 1904.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 23.)

Die außerordentlich hochgradige Valgusstellung der 17jährigen Pat. hat zur Folge, daß die Pat., um die unteren Extremitäten überhaupt zum Stehen und Gehen gebrauchen zu können, ihre Oberschenkel in maximale Außenrotation bringen muß, wobei sie die Hüftgelenke beugt und adduziert. Wenn man die Fußstellung nicht beachtet, so glaubt man eine doppelseitige Kniekontraktur vor sich zu haben. Die Knöcheldistanz, als einfachstes Maß des Genu valgum, beträgt 69 cm.

Dem einzig dastehenden Falle ist nur noch der von Krukenberg auf dem I. Orthopädenkongreß in Berlin demonstrierte an die Seite zu stellen.

Hübener (Dresden).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König**, in Jena, **E. Richter**, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 2. **Sonnabend, den 14. Januar.** **1905.**

1) **Lexer, Kaliga** und **Türk**. Untersuchungen über Knochenarterien mittels Röntgenaufnahmen injizierter Knochen und ihre Bedeutung für einzelne pathologische Vorgänge am Knochensysteme.

Berlin, **August Hirschwald**, 1904. 23 S. 22 stereoskopische Bilder, 3 Tafeln.

L. hat schon auf den zwei letzten Chirurgenkongressen über seine Versuche, mittels Skiagraphie den Verlauf der intraossalen Gefäße zu erforschen und bildlich darzustellen, gesprochen und berichtet nun über neue Ergebnisse seiner nach gleicher Richtung fortgeführten Unter-

suchungen, die er an 35 Kinderleichen und 20 amputierten Gliedern ausführen konnte. Als Injektionsflüssigkeit bewährte sich ihm am besten Quecksilber-Terpentinölverreibung, mit der ihm selbst die Füllung der feinsten makroskopisch unsichtbaren Arterienzweige gelang. Um deren dreidimensionäre Verbreitung im Knochen klar darzustellen, machte er von seinen Präparaten stereoskopische Aufnahmen nach einem neuen Verfahren (von K. und T.), verfertigte Lichtdrucke auf durchsichtigem, besonders präpariertem Papier, die denn in der Tat im Stereoskop die Gefäßverbreitung im Knochen sehr deutlich zur Darstellung bringen.

Im großen und ganzen ergeben diese nun, daß bei Neugeborenen und kleinen Kindern die Arterien der langen Röhrenknochen drei Gefäßbezirke erkennen lassen: 1) das diaphysäre Gebiet der Nutritia, die von ihrer Eintrittsstelle auf kürzestem Wege der Gegend der Knorpelfuge zustrebt, die sie aber nur ausnahmsweise erreicht; 2) den Bezirk der metaphysären Gefäße, deren Stämmchen, dem Gefäßnetze des Gelenkapparates entstammend, in der Nähe der Kapselansätze den Knochen durchbohren, sich nicht zur Diaphyse hin verzweigen, sondern gegen die Knorpelfuge hin, ja selbst wohl in die Epiphyse vordringen; 3) den Bezirk der Epiphyse, deren Gefäße an den Ansatzstellen der Gelenkknorpel und Bänder eintreten und im allgemeinen dem Knochenkerne zustreben, z. T. aber auch nach dem Gelenkknorpel und nach der Knorpelfuge abbiegen.

Erst nach und nach, mit zunehmendem Alter, verschwimmen die drei Bezirke durch immer zahlreichere Anastomosen untereinander mehr und mehr, je älter die Kinder werden. Und gleichzeitig tritt an Stelle des ziemlich geraden, mit büschelförmiger Auflösung den Knochenenden zustrebenden Verlaufes der Verzweigungen der Nutritia bei jungen Kindern ein sehr dichtes Netz feiner Gefäße mit rankenartiger Anordnung der größeren Stämmchen auf. Das Bild der Tibia eines 12jährigen Knaben gibt durch die Dunkelfärbung des durchleuchteten Knochens namentlich in dem metaphysären und epiphysären Gebiet ein sehr prägnantes Bild von dem Höhepunkte der Arterienversorgung während der Zeit des stärksten Wachstums. Gegen sie sticht die Gefäßversorgung des nicht mehr wachsenden Knochens ganz gewaltig ab durch das geringe Kaliber der Nutritia und das zart- und weitmaschige Netz ihrer Äste. Dagegen sind am erwachsenen Knochen die meisten Gefäße im Gebiete der epi- und metaphysären Arterien erhalten, welche mit den Arterien der Gelenkapparate innigst zusammenhängen, sich aber auch mit langen Ästen nach der Diaphyse zu verzweigen. — Wie an den langen Knochen beschreiben die Verff. auch ihre Ergebnisse bei den Arterien der kurzen und platten Knochen.

Vergleicht man nun diese Arterienverteilung mit dem Auftreten pathologischer Knochenherde, so ergibt sich klar — worauf experimentelle Untersuchungen seit langer Zeit hingewiesen haben —, daß bei der Entstehung der verschiedensten herdförmigen Knochenerkrankungen mechanische Ablagerungen im arteriellen System die größte

Rolle spielen. Daß der jugendliche Knochen häufig erkrankt, kommt zum großen Teile gewiß auf Rechnung seiner großen Blutfülle; und daß die Gefäßversorgung der Diaphyse beim Wachstum zurückgeht, nicht dagegen die des Gelenkes und seiner Kapsel, erklärt — wenigstens zum Teil — die Vorliebe gewisser hämatogener Erkrankungen im Alter für die Gelenke, während in der Jugend die Röhrenknochen bevorzugt sind.

Die neue Untersuchungsweise läßt noch viele Aufklärungen bei den verschiedensten Knochenerkrankungen erwarten; als ein Beispiel dafür gilt das Skiagramm eines nach einer Fraktur schnell emporgewachsenen Osteosarkoms mit injizierten Gefäßen des gesunden Knochens und seiner Neubildung. **Richter** (Breslau).

---

2) **Poncet et Leriche.** Nains d'aujourd'hui et nains d'autrefois; nanisme ancestral; achondroplasie ethnique.

(Bull. de l'acad. de méd. LXVII. Jahrg. 3. Serie. Nr. 33.)

3) **Dieselben.** Idem.

(Revue de chir. XXIII. Jahrg. Nr. 12.)

Neben der pathologischen Achondroplasie (Chondrodystrophie), welche charakterisiert ist durch Bestehenbleiben des Epi-Diaphysenknorpels, gibt es nach Ansicht der Verff. eine Achondroplasie ethnique, deren Folge als atavistischer Zwergwuchs in Erscheinung tritt; es seien solche Zwerge, die familiär und hereditär auftreten, als Repräsentanten zwerghafter Volksstämme zu betrachten, deren vorzeitige Existenz durch Bildwerke und Berichte sichergestellt sei. Bildnisse und Maße eines wohlgebildeten Geschwisterpaares von 117 und 120 cm Höhe veranschaulichen das Gesagte. **Christel** (Metz).

---

4) **Salvia.** L'influenza dei piccoli traumi sulla localizzazione della tubercolosi.

(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 7 u. 8.)

S. injizierte bei Kaninchen virulente Tuberkelbazillen intravenös und klopfte außerdem gewisse Körperstellen täglich. Während er an der Leber eine stärkere Anhäufung von Tuberkeln an der beklopften Stelle, und eine Entstehung der Tuberkel um thrombosierte Lymphgefäße nachweisen zu können glaubt, kam an den Gelenken keine klare und charakteristische tuberkulöse Lokalisation zustande, sondern erst nach gleichzeitiger Injektion von Ammoniak auf der Synovialis. Ferner in den Rippen und den platten und spongiösen Knochen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

5) **Monks.** Aseptic surgical technique.

(Annals of surgery 1904. Oktober.)

Verf. beschreibt die von ihm angewandte Methode der Aseptik, welche sich kurz in folgenden Punkten zusammenfassen läßt: 1) Die

lose verpackten Verbandsachen werden mit gesättigtem Dampf im Autoklaven ½ Stunde unter Druck von 15 Pfund, Gummihandschuhe und Salzlösungen unter einem Drucke von 10 Pfund sterilisiert. 2) Der Operationsraum ist möglichst staubfrei gehalten, die Zugluft ist vermindert, vor und nach der Operation findet eine Durchdämpfung mit Formalin statt. 3) Ein heißes Bad für den Pat. am Tage vor der Operation, Reinigen und Rasieren des Operationsfeldes. Kurz vor der Operation eine zweite Reinigung und Desinfektion mit 70%igem Alkohol. 4) Mechanische Reinigung der operierenden Hände mit Wasser, Seife und Bürste. Reinigen der Nägel, Abtrocknen im sterilen Tuche. Zweite Waschung der Hände und nachfolgende Desinfektion mit 70%igem Alkohol. 5) Instrumente werden 10 Minuten gekocht. 6) Kopfkappen und Masken werden stets bei der Operation getragen. 7) Vermeiden von Sprechen während der Operation.

Herhold (Altona).

---

6) **Harrington.** Some studies in asepsis.

(Annals of surgery 1904. Oktober.)

Verf. hat bei gelegentlichen Besuchen von Operationsräumen bemerkt, daß manche Chirurgen bezüglich der Aseptik kleinere Gefahren über- und größere unterschätzen. So ist z. B. nach seinen bakteriologischen Erfahrungen der von der Stirn des Operateurs herabtropfende Schweiß gefahrlos, weil steril, während der Wunde mehr Gefahr droht durch die beim Sprechen in dieselbe geschleuderten Speichelteilchen, welche voll von Bakterien virulenter Art sind; auch aus der Luft fallen viele Bakterien auf das Operationsfeld. Nachdem H. auf die Wichtigkeit hingewiesen hat, das Unterpersonal bei der Desinfektion zu überwachen, bespricht er die von ihm mit den gebräuchlichsten antiseptischen Lösungen bezüglich ihrer Wirkung auf Bakterien angestellten Versuche. Keines derselben vermochte den Staphylokokkus aureus durch weniger als 2 Minuten andauernder Einwirkung abzutöten. Nur 1%ige Sublimatlösung, welche auf die Hände stark ätzend wirken würde, töte den Bazillus in 20 Sekunden. Verf. stellte nun eine Mixtur her, welche sich zur Desinfektion der Hände eignet, da sie den Staphylokokkus aureus in 10 Sekunden abtötet und die Hände nicht angreift. Die Lösung hat folgende Zusammensetzung:

Commercial alcohol (94%ig)	640 ccm,
Hydrochloric. acid.	60 ccm,
Water	300 ccm,
Corrosive sublime	0,8 g.

Herhold (Altona).

---

7) Illustriertes Musterbuch der Aktiengesellschaft für Feinmechanik vormals Jetter & Scherer (Tuttlingen). 6. Ausgabe 1904. XXXVIII und 784 S.

Bei der sehr großen und von Jahr zu Jahr wachsenden Zahl von Instrumenten und Apparaten, die in der Chirurgie und den verwandten

wissenschaftlichen Disziplinen zur Verwendung kommen, ist es wünschenswert, ein gut geordnetes Abbildungswerk zu besitzen, in dem man sich leicht über die Gestalt und Zusammensetzung eines gewünschten derartigen Gegenstandes unterrichten kann. Das gestattet obiges Musterbuch, das in etwa 10000 scharfen, klaren Holzschnitten — zum großen Teil in Originalgröße — eine ungemein reiche Zahl moderner, doch auch bewährter älterer Instrumente und Apparate gibt, so weit sie in dem großen Gebiete der Medizin zur Verwendung kommen. Anatomie, Physiologie, praktische Chirurgie mit all ihren Spezialitäten sind gleichmäßig berücksichtigt und ebenso Verbände, Lagerungsapparate, Krankenwagen, Einrichtungen für Sterilisation und Desinfektion, endlich das Mobiliar für Operationssäle und zur Krankenpflege. Dazu kommt ein nach Autoren geordnetes Inhaltsverzeichnis und ein Sachregister, die gestatten, sofort das Instrument, für das man sich interessiert, den Apparat, den man sich etwa zu verschaffen wünscht, in dem Buch aufzusuchen, sie mit anderen ähnlichen zu vergleichen, event. auch sich vor Neuerfindung und Veröffentlichung eines schon bestehenden Instrumentes zu bewahren.

Es gibt kein besseres Nachschlagewerk für solche Zwecke als dieses Buch, das im ganzen 37474 Musternummern enthält.

Richter (Breslau).

---

8) **A. Bert** et **P. Vignard.** La topographie cranio-cérébrale simplifiée et le craniomètre de Krönlein.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 4.)

Nach kurzer Kritik der verschiedenen kraniometrischen Methoden zur topographischen Bestimmung des Sulc. Rolandi und der Fossa Sylvii berichten Verff. vom Ergebnis ihrer Untersuchungen, die sie zur Prüfung des Krönlein'schen Kraniometers an 25 Schädeln vorgenommen haben. Nach Anlegung des Apparates auf die rasierten Köpfe wurden den zu bestimmenden Furchen entsprechend in gleichen Distanzen Trepanationsöffnungen angelegt. Für die Sylvi'sche Furche, die besonders im oberen Teile nicht konstanten Verlauf zeigt, ergaben sich geringe Abweichungen. 14 von 25mal trafen die Trepanationsöffnungen, durch welche gefärbte Stiftchen in das Gehirn eingetrieben waren, direkt auf den Sulc. Rolandi, dreimal nach vorn, fünfmal nach hinten davon. Die Entfernung betrug höchstens den Radius der Trepankrone. Somit ist der Wert des Krönlein'schen Instrumentes zur Genüge bewiesen.

Christel (Metz).

---

9) **Gerhardt.** Über die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

G. gibt unter ausführlicher Berücksichtigung der Literatur eine vortreffliche Übersicht dessen, was die Lumbalpunktion leistet. Der diagnostische Wert der Druckverhältnisse, der Trübung, der Vermeh-

rung des Eiweißgehaltes, des Zuckergehaltes, des Cholins, der blutigen Farbe des Liquors wird besprochen. Unsichere Resultate gibt die Gefrierpunktbestimmung, sowie der vielfach für Entzündung behauptete Übertritt von Jod in den Liquor bei Jodkaliumfütterung. Viel wichtiger ist die bakteriologische Untersuchung der Punktionsflüssigkeit, und noch weitgehende Aufschlüsse sind zu erwarten vom weiteren Studium der Cytologie derselben.

Nachdem G. so den Wert der einzelnen Untersuchungsmethoden besprochen, erörtert er die diagnostische Bedeutung der Punktion für die einzelnen Krankheiten.

Der therapeutische Wert der Lumbalpunktion ist am größsten bei akuten und subakuten Fällen von seröser Meningitis der Erwachsenen und bei alter Lues mit hartnäckigen Kopfschmerzen. Geringere Aussicht bietet der chronische, erworbene und angeborene Hydrocephalus, doch ist hier der Versuch entschieden gerechtfertigt. Und dasselbe gilt von den akuten eitrigen Entzündungen, der epidemischen, der Meningitis nach Pneumonie, Typhus, Influenza. Recht gering ist die Wahrscheinlichkeit eines Nutzens bei der tuberkulösen Form und am geringsten ist sie bei Hirngeschwülsten.

Schädliche Folgen treten bisweilen als Schwindel, Kopfschmerz, Erbrechen auf. In 12 Fällen ist bisher der Tod wohl sicher als direkte Folge der Lumbalpunktionen aufzufassen; besonders soll man bei Hirngeschwülsten, zumal solchen der hinteren Schädelgrube, mit der Lumbalpunktion vorsichtig sein oder sie besser ganz vermeiden.

Haeckel (Stettin).

---

10) **M. Hajek.** Zur Diagnose und intranasalen chirurgischen Behandlung der Eiterung der Keilbeinhöhle und des hinteren Siebbeinlabyrinths.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XVI. p. 105.)

Ein sehr zu begrüßender Aufsatz dieses besten Kenners der schwierigen Nebenhöhlenerkrankungen! Im ersten Kapitel wird die Diagnose behandelt. Charakteristisch für die Eiterungen in der Keilbeinhöhle und in den hinteren Siebbeinzellen ist das Erscheinen von Eiter in der Rima olfactoria. Doch kann dieses Symptom nur für die Diagnose jener Erkrankungen verwendet werden, wenn nach genauer Reinigung der Rima olfactoria der Eiterabfluß sich rasch erneuert. Dann kommen vier Möglichkeiten von Erkrankungen in Betracht: 1) Empyem der Keilbeinhöhle, 2) Kombination von diesem mit Empyem der hinteren Siebbeinzellen, 3) Pyosinus der Keilbeinhöhle (d. h. es besteht keine Erkrankung der Keilbeinhöhlenwandung, der Eiter ist nur von anderswo hineingelaufen). 4) Empyem der hinteren Siebbeinzellen. Diese einzelnen Möglichkeiten werden dann eingehend erörtert, und es wird geschildert, wie der Nachweis von isolierten oder kombinierten Erkrankungen der genannten Nebenhöhlen erbracht wird. Es folgt dann das zweite Kapitel über die

Therapie dieser Affektionen. Verf. verweist auf sein über diesen Gegenstand geschriebenes Lehrbuch. Er eröffnet die vordere Keilbeinhöhlenwand mit seinem jetzt etwas verstärkten Haken und einer neuen Knochenzange, die Ref. schon mit Erfolg zu erproben Gelegenheit hatte. Doch nimmt H., um die Öffnung der Keilbeinhöhle möglichst groß zu gestalten, die mediale Wand der hinteren bezw. der sphenoidalen Siebbeinzelle fort, wodurch dann die vordere Keilbeinhöhlenwand in ihrer ganzen Breite freiliegt. Eine anatomische, durch gute Abbildungen unterstützte Betrachtung erläutert diese Verhältnisse. Darauf folgt eine genaue Schilderung des Operationsverlaufes, sowie die Bekanntgabe einiger hierhergehöriger Krankengeschichten. Zum Schluß folgt der durch eine andere Krankengeschichte erbrachte Beweis, daß auch die von Zuckerkandl beschriebenen sphenoidalen Zellen, d. h. Siebbeinzellen, die im Keilbein oberhalb der eigentlichen Keilbeinhöhle liegen, mit erkranken können, daß diese Erkrankung am Lebenden diagnostiziert und operiert werden kann. **Manasse** (Straßburg i. E.).

---

11) **E. Quénu** et **P. Sebileau.** La pharyngotomie rétrothyroïdienne.

(Revue de chir. XXIV. Jahrg. Nr. 6.)

Die Methode — zweimal am Lebenden, weiterhin an der Leiche ausgebildet — besteht in einem ca. 8 cm langen Schnitt, entlang dem hinteren Rande des Schildknorpels, diesen nach oben und unten ca. 2 cm überschreitend. Nach Durchtrennung der tiefen Fascie wird der obere Zipfel des lateralen Lappens der Schilddrüse gestielt, abgebunden und nach abwärts geklappt. Jetzt kommt es darauf an, die Platte des Schildknorpels nach vorn außen anzuziehen und dadurch den Constr. phar. inf. zu spannen, worauf sich dieselbe leicht durchschneiden läßt. Der Zugang in das Racheninnere ist jetzt so groß, daß man bequem Fremdkörper aus demselben, bezw. auch aus tieferen Teilen der Speiseröhre entfernen kann. **Christel** (Metz).

---

12) **v. Frisch** und **Zuckerkandl.** Handbuch der Urologie.

Wien, **Alfred Hölder,** 1904.

Von dem Werke, das in dieser Zeitschrift bereits angekündigt und teilweise besprochen worden ist, liegen jetzt fertig vor der I. Band und die beiden ersten Teile des II. Bandes; seit der ersten Besprechung sind neu hinzugekommen: Chemie des Harnes von Prof. Mauthner, Bakteriologie des Harnes und der Harnwege von Dr. Kraus, Asepsis in der Urologie von Dr. O. Z., Untersuchungsmethoden der Harnorgane von Prof. v. F., Allgemeine Symptomenlehre von Dr. O. Z. Chirurgische Erkrankungen der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters von Dr. P. Wagner, Medizinische Klinik der Krankheiten der Niere und des Nierenbeckens von Prof. S. Mannaberg.

Indem eine ausführliche Besprechung der einzelnen Abschnitte des Handbuches für seinen Abschluß vorbehalten bleibt, sei auch heute wieder einmal im allgemeinen auf dieses groß angelegte Werk hingewiesen, das einen umfassenden Überblick über den heutigen Stand der urologischen Spezialwissenschaft gewährt und durch die Fülle der darin niedergelegten Forschungen und Erfahrungen auch in den detailliertesten Fragen, die den Spezialisten interessieren, klare und ausführliche Belehrung bietet. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche.

Willi Hirt (Breslau).

---

13) **Lissjanski.** Beitrag zur Frage der Behandlung der impermeablen Harnröhrenstrikturen.

(Monatsberichte für Urologie Bd. IX. Hft. 10.)

Verf. empfiehlt für gewisse Fälle von impermeabler Harnröhrenstriktur die zuerst von Poncet im Jahre 1899 vorgeschlagene Urethrostomia perinealis. Man exstirpiert dabei mittels des gewöhnlichen Dammschnittes die Striktur, spaltet das zentrale Ende der Harnröhre in einer Ausdehnung von 8—10 mm und näht das zentrale Ende an die Haut mit einigen Nähten an, während das periphere Ende mittels Naht verschlossen wird. Es entsteht nach dieser Operation eine Fistel am Damm, die mit Epithel ausgekleidet ist, und die keine Neigung zeigt, sich zu verengern. Verf. empfiehlt diese Operation für die Fälle, in denen aus äußeren Gründen eine stetige systematische Bougierung und Überwachung der Pat., wie sie nach der gewöhnlichen Urethrotomie nötig ist, sich nicht ermöglichen läßt.

Die Mängel der Operation sind: 1) sie vernichtet die Zeugungsfähigkeit, da der Samen durch die Dammöffnung herausgeschleudert wird; 2) sie macht die Erektion in manchen Fällen zwar nicht unmöglich, aber schmerzhaft; 3) Pat. muß den Urin in hockender Stellung entleeren. Daher soll die Operation nur bei älteren Personen ausgeführt werden.

Willi Hirt (Breslau).

---

14) **P. J. Freyer.** Total enucleation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ.

(Practitioner 1904. September. p. 305.)

Als Ergänzung der im Juni 1903 unter der gleichen Überschrift behandelten Arbeit, in welcher speziell die Operationstechnik der suprapubischen Prostatektomie auseinandergesetzt war, bespricht Verf. jetzt die Nachbehandlung. Direkt nach der Entfernung der Prostata soll zur Blutstillung ein Finger von der Blase, ein anderer vom Mastdarm aus die Wundfläche komprimieren, im übrigen aber jede Berührung der letzteren (durch Katheter) vermieden werden. Daher legt F. von oben her einen doppeltgefensterten Katheter etwa einen Zoll weit in die Blase ein und führt von hier zweimal täglich deren Irrigation mit Borlösung aus. Die Blase selbst wird nicht genäht, auch werden keine versenkten Nähte gelegt, sondern die Wunde durch Hautmuskel-

nähte bis auf die für das Drain nötige Öffnung geschlossen, nachdem um den Schlauch noch Jodoformgaze in das Cavum Retzii eingeführt worden ist. 4 Tage nach der Operation wird der Schlauch entfernt. Nach 9 oder 10 Tagen erfolgt statt von oben die Durchspülung der Blase von der Harnröhre aus, aber ohne Einführung eines Katheters. Werden hierdurch zu starke Schmerzen hervorgerufen, so wird nur von der suprapubischen Fistel aus gespült. Letztere schließt sich allmählich durch Granulationen. Nach 12 Tagen pflegte bereits der Harn auf natürlichem Wege sich zu entleeren. Großes Gewicht ist auch auf die tägliche Entleerung des Darmes zu legen. Fünf Abbildungen sehr großer, mit gutem Erfolg exstirpierter Vorsteherdrüsen, von denen die eine innerhalb 5 Minuten entfernt werden konnte, sind der interessanten Arbeit beigefügt. Von 107 auf diese Weise Operierten starben nur zehn, obwohl mit Ausnahme von vier sämtliche Pat. über 60 Jahre alt waren und sich vielfach nicht in guter Konstitution befanden.

Jenckel (Göttingen).

---

15) G. Lasio (Mailand). Über die Regeneration der Schleimhaut der Harnblase in Beziehung zur operativen Behandlung der chronischen Cystitis.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 65.)

Verf. exstirpierte Hunden die Blasenschleimhaut in verschiedener Ausdehnung; bei zwei Tieren blieben nur kleine Reste in der Umgebung der Harnleiter und der Abgangsstelle der Harnröhre stehen. In allen Fällen kam eine vollständige Regeneration der Schleimhaut zustande, und zwar umso schneller, je weniger die Submucosa mitverletzt war. In letzterem Falle war bereits nach 5—7 Tagen die Erneuerung eine vollständige. Ausdehnbarkeit und Inhaltsvermögen der Blase bleiben unversehrt. L. empfiehlt auf Grund dieser Versuche, bei schwerer chronischer Cystitis anstatt einer oberflächlichen Abkratzung der erkrankten Schleimhaut eine möglichst vollständige Entfernung derselben. Betreffs der feineren histologischen Vorgänge bei der Regeneration wird auf das Original verwiesen.

Doering (Göttingen).

---

16) G. Kapsammer. Nierenchirurgie und funktionelle Diagnostik.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 28.)

K. hatte auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen und klinischer Beobachtungen dargetan (s. d. Bl. 1904 Nr. 36), daß auch unter normalen Verhältnissen die Nieren nicht gleichmäßig sezernieren, und daß die Anwendung des Harnleiterkatheters allein die Sekretion der Nieren zu beeinflussen imstande ist. Aus dieser ungemein wichtigen Tatsache ergab sich die Frage, in welchem Grade hierdurch die einzelnen Methoden der funktionellen Nierendiagnostik beeinflußt würden, und welcher der Methoden demnach ein dauernder Wert beizumessen sei.

In der vorliegenden Arbeit nun wird das Ergebnis dieser kritischen

Sichtung gezogen unter genauer Darlegung der einzelnen in Betracht kommenden Verhältnisse und Anführung praktischer aus fremder und besonders eigener Erfahrung stammender Beispiele.

Danach ist für K. die Kryoskopie des Blutes und des Harnes nur von beschränkter Bedeutung. Wertvoll ist dagegen, abgesehen von dem einzeitigen beiderseitigen Harnleiterkatheterismus, die von Israel zu Unrecht bekämpfte Phloridzinmethode; allerdings mit einer von K. angegebenen Modifikation. Während Casper dabei nur Gewicht auf die Größe der Zuckerausscheidung legt und dieselbe nach dem Prozentgehalt mißt, will K. für die Funktionsprüfung nur auf den Zeitpunkt des Auftretens der Glykosurie achten. Auch diese Änderung des Casper'schen Verfahrens hat ihren Grund in der K.'schen reflektorischen Polyurie durch den Harnleiterkatheterismus, da bei größerer oder geringerer Harnmenge auch der Prozentgehalt an Zucker größer oder geringer sein müßte, demnach nur die tatsächlich ausgeschiedene Zuckermenge in Betracht kommen dürfte. Diese ist aber in vielen Fällen nicht zu eruieren, weil nicht immer festzustellen ist, wieviel neben jedem Katheter abgeflossen ist.

Auf Grund der experimentell gestützten Tatsache, daß, wenn bei zwei gesunden Nieren eine einseitige Polyurie auftritt, durch diese der Beginn der Glykosurie kaum beeinflußt wird, und des Umstandes, daß in Fällen, wo während der Untersuchung eine Sekretionsanomalie nicht besteht, das Auftreten der Zuckerausscheidung parallel geht mit der Größe derselben, d. h. daß da, wo der Zucker früher erscheint, auch die ausgeschiedene Menge größer bleibt und umgekehrt, verfährt K. folgendermaßen:

Subkutane Injektion von 0,01 Phloridzin in wäßriger Lösung, die kurz zuvor einige Sekunden aufgekocht hat, so daß sie noch warm ist. (Aus der kalten Lösung fällt das Phloridzin aus!) Normalerweise erscheint der Zucker 12—15 Minuten nach der Injektion. Zu dieser Zeit aufgefangenes Sekret muß also bei funktionsfähiger Niere eine prompte Zuckerreaktion geben. Tritt die Zuckerreaktion erst 20 bis 30 Minuten nach der Injektion auf, so ist die Niere in ihrer Funktionsfähigkeit wohl gestört, kann aber nach K.'s Erfahrungen die Gesamtfunktion noch übernehmen. Auftreten der Zuckerreaktion nach 30 Minuten bildet eine Kontraindikation für eine Nephrektomie.

Dies Verfahren wurde in mehr als 70 Fällen in der v. Frisch'schen Abteilung angewendet; 30 davon sind operiert, es hat nie im Stiche gelassen. Ja, in einigen Fällen hat nur die so benutzte Phloridzinmethode im Gegensatze zu den anderen Methoden die richtige Indikationsstellung gegeben.

Dieser steht an Wert nach die Indigokarminprobe, die, wesentlich besser als die ältere Methylenblauprobe, doch der Kroyskopie überlegen ist. Nach dem Vorschlage von Achard und Castaigne ist hierbei die Zeit des Auftretens im Sekret zu beachten und daraus der Schluß auf die Funktionsfähigkeit der betreffenden Niere zu ziehen. K. injizierte 0,02 g.

Zum Schluß der lesenswerten Arbeit betont K. noch folgenden Punkt: »Wir alle wissen, welch gefürchtetes Gespenst die »reflektorische Anurie« der nach Nephrektomie zurückbleibenden Niere bisher war. Ich habe die Überzeugung gewonnen, daß es eine derartige »reflektorische« Anurie nicht gibt; ich meine eine zum Tode führende reflektorische Anurie der zweiten gesunden Niere. Was bisher den Chirurgen als solches Phänomen imponiert hat, war nicht eine reflektorische Anurie einer zweiten gesunden, sondern die Insuffizienz der zweiten kranken Niere. Und vor derartigen Unglücksfällen werden uns die neuen Methoden sicher bewahren.« **Hübener** (Dresden).

---

17) **F. Legueu.** De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerperalité.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1904. Nr. 19.)

In eingehender Weise bespricht Verf. die Beziehungen der Pyelonephritis zum Puerperium. Man muß hier zwei Hauptgruppen unterscheiden: Die eine betrifft die Fälle, wo die Niere schon früher erkrankt war, und Schwangerschaft und Wochenbett nur eine Verschlimmerung des Leidens hervorrufen; die andere Gruppe enthält die Fälle von Schwangerschafts- und Wochenbettspyelonephritis in einer bis dahin vollkommen gesunden Niere. Verf. berücksichtigt namentlich diese Form der Pyelonephritis, von der er 73 Fälle zusammengestellt hat, darunter 13 bisher noch nicht veröffentlichte.

Die Pyelonephritis entwickelt sich gewöhnlich innerhalb der letzten Schwangerschaftsmonate; sie ist fast stets einseitig und betrifft mit Vorliebe die rechte Seite. In der Pathogenese spielt die Kompression des Harnleiters und die dadurch bewirkte Harnretention im Nierenbecken eine große Rolle; denn hierdurch wird der Boden für eine bazilläre Infektion günstig vorbereitet. Die Bazillen — meist handelt es sich um Kolibazillen — gelangen entweder von der schon vorher infizierten Blase in die Niere oder viel häufiger auf hämatogenem Wege in die Niere und in das Nierenbecken. Klinische Erscheinungen macht die Pyelonephritis gravidarum gewöhnlich erst in den vier letzten Schwangerschaftsmonaten. Von besonderer Wichtigkeit ist der Einfluß, den die Pyelonephritis auf das Befinden der Schwangeren und der Wöchnerin, sowie auf das Kind ausübt. Während die Pyelonephritis für die Mutter verhältnismäßig gutartig ist, bedeutet sie eine Gefahr für das Kind: es kann in utero zugrunde gehen oder durch eine frühzeitige Geburt unter sehr ungünstige Lebensbedingungen gestellt werden. Die Gefahr ist um so ernster, je weniger vorgeschritten die Schwangerschaft ist.

Bezüglich der operativen Behandlung schwererer Fälle von Schwangerschaftspyelonephritis spricht sich Verf. dahin aus, daß bei doppelseitiger Erkrankung die Frühgeburt in Frage kommt, während bei einseitiger Affektion die Nephrostomie indiziert ist. Beiderlei Ein-

griffe sind natürlich nur bei schwereren Erkrankungen und nicht vor dem 7.—8. Schwangerschaftsmonate vorzunehmen.

Paul Wagner (Leipzig).

---

18) **F. Legueu.** Le rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie de l'hydronéphrose.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1904. Nr. 18.)

Wenn man gelegentlich der Operation einer intermittierenden Hydronephrose das Nierenbecken oder den Harnleiter über einer Arterie oder Vene des Nierenstieles »reitend« findet, so ist eine doppelte Erklärung möglich: entweder ist die Inflexion des Harnleiters über die Arterie eine Folge der Hydronephrose oder sie ist die Ursache derselben. Man findet in der Literatur eine Reihe von Beispielen, die diese beiden Möglichkeiten illustrieren. Von besonderem Interesse sind natürlich die Fälle, in denen eine abnorm entspringende und verlaufende Nierenarterie den Harnleiter kreuzt, knickt oder komprimiert und dadurch zu einer dauernden Harnretention und Hydronephrose führt. Diese ätiologischen Verhältnisse wird man namentlich bei frischen, noch in der Entwicklung begriffenen Fällen genauer erkennen können, während bei alten, sehr voluminösen Hydronephrosen alles mehr verwischt ist.

Verf. teilt nun zunächst zwei eigene, sehr interessante Beobachtungen mit, in denen eine intermittierende Hydronephrose infolge primären Verschlusses des Harnleiters durch eine abnorm verlaufende Nierenarterie hervorgerufen wurde. Dieser Befund konnte bei der Operation ganz genau festgestellt werden. In beiden Fällen wurde durch die Entfernung der Niere Heilung erzielt. Der in dem einen Falle gemachte Versuch, die Durchgängigkeit des Harnleiters nach Resektion und Unterbindung des abnorm verlaufenden Gefäßes wieder herzustellen, mißlang.

Verf. erwähnt dann kurz noch zwei weitere hierher gehörende Beobachtungen von Picqué und Hartmann; in diesen beiden Fällen wurde durch die Resektion des komprimierenden abnormen Gefäßes und durch die operative Festlegung der Niere Heilung erzielt. Jedenfalls geht aus den bisherigen Beobachtungen mit Sicherheit hervor, daß durch das Zusammentreffen eines Gefäßes — meist handelt es sich um eine abnorm verlaufende Arterie — mit dem Harnleiter eine Hydronephrose entstehen kann. Man findet dann in solchen Fällen, in denen keine andere Ursache für die Nierenbeckenerweiterung nachzuweisen ist, an dem Harnleiter eine Art Einschnürungsfurche, die durch den Druck des abnorm verlaufenden Gefäßes hervorgebracht wird; oberhalb dieser Stelle ist der Harnleiter erweitert, unterhalb normal weit. In frischen Fällen kann durch die Unterbindung und Resektion des Gefäßes die Hydronephrose dauernd beseitigt werden.

Paul Wagner (Leipzig).



19) **J. A. Korteweg.** De vroeg-operatie der Niertuberculose.
(Nederl. Tijdschrift 1904. Nr. 21.)

Verf. gibt eine Übersicht über den gegenwärtigen Standpunkt der chirurgischen Behandlung der Nierentuberkulose und beantwortet bei der Indikation zu einer Frühnephrektomie die folgenden Fragen:

1) Die Ausscheidung von Tuberkelbazillen ist ein entscheidender Beweis für Tuberkulose der Harnwege.

2) Nierentuberkulose heilt ohne Operation selten spontan.

3) In vielen Fällen ist die zweite Niere nicht krank.

4) Die zweite Niere braucht nach Exstirpation der ersten nicht auch tuberkulös zu werden.

5) Die Aussicht auf Tuberkulose der zweiten Niere nimmt ab mit der Exstirpation der ersten.

Verf. meint von einer Frühnephrektomie abraten zu müssen, wenn der Urin etwas trübe ist und Tuberkelbazillen enthält; weil

1) beginnende Nierentuberkulose ohne Operation gute Aussicht zu heilen bietet;

2) die Möglichkeit, daß die zweite Niere auch schon tuberkulös ist, nicht gering angeschlagen werden darf;

3) der präventive Einfluß der frühzeitigen Exstirpation der kranken Niere auf eine eventuell ähnliche Erkrankung der anderen Niere zu problematisch ist.

Bei starken Schmerzen, Fieber, großem Eiterverlußt usw., wird man natürlich nephrektomieren. **E. H. van Leer** (Amsterdam).

---

20) **D. Taddei.** Sulle modificazioni istologiche dell' uretere dopo la nefrectomia.
(Morgagni 1904. Nr. 10.)

Verf. hat an elf Kaninchen und sieben Hunden nach Ausführung einer einseitigen Nephrektomie den Harnleiter dieser Seite unmittelbar unterhalb des Nierenbeckens oder bis zur Entfernung von vier Zentimetern vom Nierenbecken reseziert und dann entweder versenkt oder mit Catgut bezw. Seide unterbunden. Nach 2 bis 285 Tagen wurden die Tiere getötet und die Harnleiter auch mikroskopisch untersucht. Aus diesen Versuchen ergab sich, daß der Verschluß des Harnleiterendes in der Resektionslinie am schnellsten sich dann vollzog, wenn keine Ligatur angelegt wurde. Wenn der Harnleiter unterbunden wurde, bildeten sich meist mehr oder weniger große Hohlräume in der Wandung, die selbst richtige Cysten darstellen konnten. Niemals fanden sich Spuren eines Rückflusses des Urins aus der Blase in den Harnleiterstumpf. Auch die Atrophie des Harnleiterendes trat am schnellsten dann ein, wenn keine Ligatur angelegt war. Bei nicht septischer Erkrankung der Niere widerrät Verf. deshalb die Unterbindung des Harnleiters nach der Nephrektomie. Experimente, welche nach künstlicher Erregung von Eiterung der Nieren angestellt wurden, schlugen fehl, da die Tiere frühzeitig eingingen. **Dreyer** (Köln).

---

21) **C. H. Stratz.** Die rechtzeitige Erkennung des Uteruskrebses. Ein Wort an alle praktischen Ärzte.

Stuttgart, Ferdinand Enke, 1904.

Die aus einigen 50 Seiten bestehende Monographie soll eine »wünschenswerte Ergänzung« der bekannten Arbeit Winter's-Königsberg, des Vorkämpfers in der Frage der Bekämpfung des Uteruskrebses sein. »Sie soll dem Arzt in kurzer eindringlicher Form die wirksamste Waffe in dem Streite zeigen, die frühzeitige Erkennung des Gebärmutterkrebses.«

Ich glaube nicht, daß die vorliegende Arbeit des vielseitigen Verf. diese Aufgabe vollkommen erfüllt, trotz der vielen schönen mikroskopischen Abbildungen oder vielmehr gerade wegen derselben.

Was soll der in derlei Dingen ungeschulte praktische Arzt mit den differential-diagnostischen histologischen Erörterungen? Was soll der Abschnitt über die Beurteilung der Operabilität oder Nichtoperabilität des Krebses, über eine Frage, die der Fachmann oft nicht so ohne weiteres zu entscheiden vermag.

Der praktische Arzt, an den die Schrift sich wendet, der keine Spezialkenntnisse hat — und diese fehlt doch wohl heutzutage den meisten —, soll meines Erachtens immer und immer wieder darauf hingewiesen werden — nicht in teuren Monographien, die er doch nicht kauft! —, daß er einen jeden ihm nur irgendwie verdächtigen Fall, beispielsweise einen jeden Fall von Blutung, für die er keine ganz bestimmte Ursache weiß, dem Fachmanne zur Beurteilung überweist. Denn ohne den geht es ja doch nicht ab, wie auch der Verf. hervorhebt, da ja gerade die sichere Diagnose des Krebses im Initialstadium nur mit dem Mikroskop zu stellen ist. Es bleibt dann immer noch eine wichtige und dankbare Aufgabe des praktischen Arztes, aus den klinischen Symptomen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu stellen. Hierzu eine möglichst einfache, klare und unkomplizierte Anleitung zu geben, das scheint mir die Aufgabe einer derartigen Publikation zu sein.

So halte ich es beispielsweise schon für bedenklich, das »höhere Alter« für die Diagosenstellung immer wieder hervorzuheben. Das steht auch in den alten Lehrbüchern. Es sollte meines Erachtens in einer solchen Monographie gerade mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, daß das Karzinom an kein Lebensalter gebunden ist — wer viele Uteruskrebse gesehen hat, kennt die Opfer im jugendlichsten Alter von 20—30 Jahren —, damit der praktische Arzt nachher nicht die berechtigte Entschuldigung hat: bei dem Alter der Pat. konnte ich doch nicht an Krebs denken! — eine Äußerung, die man ja nicht allzu selten zu hören bekommt.

Als zweckentsprechend und gelungen ist die der Arbeit beigegebene Tafel von makroskopischen bunten Bildern beginnender Karzinome, der Erosion der Portio usw. zu bezeichnen.

Erwähnenswert, wenn auch diskutabel, ist der Standpunkt, den der Verf. in der Frage einnimmt: soll man dem Kranken gegenüber das Wort Krebs in den Mund nehmen? Verf. hält sich hierzu für berechtigt in den Fällen, in denen der messerscheuen Pat. der Entschluß zur Operation dadurch erleichtert werden könne.

Engelmann (Dortmund).

Kleinere Mitteilungen.

Amaurose nach Paraffinoplastik einer Sattelnase.

Von

W. Mintz,

Chirurg am Alt-Katharinenspital zu Moskau.

Nach Krlín (v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIV p. 922) sind bisher zwei Fälle von Erblindung nach Paraffinoplastik der Nase in die Öffentlichkeit gedrungen. Hurd Holden erlebte eine plötzliche Amaurose des rechten Auges infolge von Embolie der Arteria centralis retinae nach der dritten Injektion von halbfestem 43,5°igen Paraffin. Im Falle von Leiser, welcher in drei Sitzungen 4,5 ccm 42°iges Paraffin einspritzte, trat bei der letzten Injektion plötzlich Amaurose des linken Auges infolge von Thrombose der Vena ophthalmica ein.

Ein weiterer, von mir beobachteter Fall sei hiermit der Öffentlichkeit übergeben:

Ich hatte der 25jährigen Pat. (Nr. 6456/1904) am 1. September 1903 in einer Sitzung eine luetische Sattelnase durch Injektion von einem Gramm 43°igen Paraffins[1] korrigiert.

Ein Jahr später erschien die Pat. zur Korrektur, da sich am unteren Rande des Paraffindepots eine Delle gebildet hatte.

Am 2. September 1904 injizierte ich der Pat. aus zwei Stichöffnungen rechts und links vom Nasenrücken, ca. $1^1/_2$ cm von der Nasenspitze entfernt, im ganzen ein Drittel Gramm 43°iges Paraffin.

3 Minuten später traten Schmerzen im linken Auge auf. Pat. konnte noch die ihr vorgehaltenen Finger zählen. Kurz darauf trat völlige Erblindung des linken Auges ein. Erbrechen. Pulsfrequenz 48.

Von ophthalmologischer Seite wurde ca. 20 Minuten nach dem Unfalle vollkommen normales Verhalten des Augapfels, des Augeninnern und der brechenden Medien bis auf eine Parese der Mm. rectus internus, inferior und des M. obliquus inferior konstatiert. Auf Grund des ophthalmoskopischen Befundes war eine Embolie der Art. centralis retinae auszuschließen. An der linken, etwas erweiterten Pupille war eine geringe sympathische Reaktion auszulösen. Visus = 0. Gegen Abend Temperatur = 37.

3. September. Ödem der Augenlider. Links: Exophthalmus, Bulbus nur nach oben und außen leicht beweglich. Augengrund ophthalmoskopisch unsichtbar. Puls 48—56. Temperatur 37—37,4.

4. September. Links: Das Ödem hat zugenommen; Chemosis conjunctivae; Trübung der Cornea. Temperatur 36,8—37,6.

5. September. Bulbus unbeweglich. Cornealtrübung stärker; Nasenrückenhaut schwarz-bläulich verfärbt (Fig. »Strichelung«). Temperatur 37—37,4.

6. September. Schmerzen im linken Bulbus geringer. Cornealtrübung und Lidödem stärker. Nasenhaut anästhetisch und analgetisch. Temperatur 37,2—37,5.

---

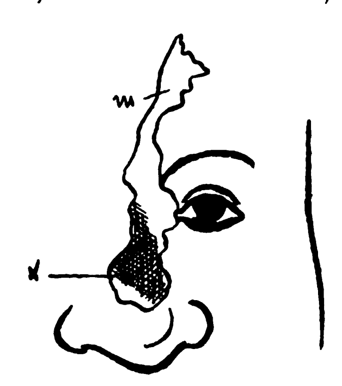
[1] Ich steche eine kurze dicke Nadel unter die Haut und injiziere das Paraffin erst dann, wenn aus der Nadel kein Blut austritt. Zur Vermeidung von Verbrennungsnekrosen warte ich ab, bis der Spritzeninhalt eine leichte Opaleszenz aufzuweisen beginnt.



7. September. Auf dem Nasenrücken zwei thrombosierte Bezirke (Fig., x), welche durch eine Brücke relativ gesunder Haut getrennt sind. Von hier aus zieht nach oben gegen den inneren linken Augenwinkel und die Stirn hin ein blaßblau marmorierter, unregelmäßiger Fleck (Fig.), welcher gleichfalls Analgesie und Anästhesie aufweist.

Augenbefund links statu quo. Der Bulbus ist nach oben schwach beweglich. Temperatur 37,3—37,6.

8. September. Im Bereiche der »Strichelung« (Fig.) ist die Haut nekrotisiert. Lidödem und Exophthalmus geringer. Cornea in statu quo. Temperatur 37,2 bis 37,2 und von nun ab unter 37,0. Jodkalikur.



10. September. Exophthalmus geringer; Cornea weniger trübe; Bulbus beweglicher.

11. Septbr. Aufhellung der Cornea schreitet fort; Augenbewegungen freier bis auf die Bewegung nach innen.

13. September. Iritis sinistra.

24. Septemb. Ophthalmoskopierbar!: Gleichmäßig rot injizierter Augenhintergrund. Pupille leicht getrübt.

5. Oktober. Links in der Schläfengegend wird ein »Heurteloup« appliziert.

10. Oktober. Innen und unten leichte pericorneale Injektion. Cornea durchsichtig. Auf der vorderen Linsenkapsel weiße Exsudatmassen. Synechiae posteriores. Glaskörper durchsichtiger. Augengrund hyperämisch. Visus = 0. Heurteloup.

20. Oktober. Ophthalmoskopisch Gefäße differenzierbar. In den Venen deutlich ausgesprochene Stauung.

16. November. Atrophia nervi optici. Visus = 0.

Es entstanden also im Anschluß an die Injektion von $^1/_3$ g Paraffin linksseitige Erblindung und progressive Erscheinungen einer venösen Stauung im Gebiete der Orbitalorgane und der angrenzenden Nasen-, Augenwinkel- und Stirnhaut, welche unter Zurücklassung von Ausfallserscheinungen allmählich, wenn auch nur langsam, zurückgingen.

Ich halte mich für berechtigt, den Fall folgendermaßen zu erklären. Unter dem Einfluß der Injektionsmasse entwickelte sich zunächst eine Thrombose der Venae nasales externae, welche sich per continuitatem auf das Gebiet der Vena ophthalmica inferior ausbreitete (Lähmung der Mm. rectus inferior, internus, obliquus inferior). Indem die Thrombose sich gegen das Foramen opticum ausbreitete, gerann das Blut der Vena centralis retinae (Erblindung), und alsdann setzte die Thrombose sich nach dem Hauptstamme der Vena ophthalmica und dem Plexus cavernosus fort. Dabei mußte auch das Gebiet der Vena ophthalmica superior leiden, und als Indikator dieser Zirkulationsstörungen erschienen am inneren Augenwinkel und auf der Stirn im Gebiete der Venae frontales die blaßblau marmorierten Flecke, die mit Aufhören der Stauungserscheinungen schwanden.

Im Interesse der Weiterverbreitung der Paraffinoplastik muß ich bedauern, daß ich mir keinen technischen Fehler habe zuschulden kommen lassen. Wenn also, unabhängig von unserem Können, solche Komplikationen eintreten können, so ist es unsere Pflicht, von nun ab den Pat. deren Möglichkeit vor Augen zu halten. Ich habe das nunmehr bereits 19mal getan. Zweimal bestanden die Pat. trotzdem auf der Injektion.

Dixi et salvavi animam meam!

22) **Segàle.** Sui limfangiomi.

(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 7 u. 8.)

Ein von ihm beobachteter und operierter Fall von Lymphangiom der Leistengegend bei einem jungen Manne gibt dem Autor Gelegenheit zu einer Übersicht über die verschiedenen Ansichten der Pathologen betreffs der Genese dieser Geschwülste. Daß Pat. lange in den Tropen gelebt hatte, hätte an Filariasis denken lassen können, wenn nicht eine Schwester, die stets in der Heimat geblieben war, die gleiche Affektion gezeigt hätte. Vielmehr glaubt S. daher an angeborene Prädisposition gewisser gesondert angelegter, abgegrenzter Lymphgefäßbezirke.

Die Geschwulst bestand aus zahlreichen Hohlräumen, deren kleinste völlig unabhängig von Lymphgefäßen waren, aber deren Struktur wiederholten, mit Endothelauskleidung und glatten Muskelfasern in der bindegewebigen Wand. Dazu eine starke Wucherung der perivaskulären Elemente, welche zu Zellnestern sich herausbilden, in welchen dann wiederum Hohlraumbildung zustande kommt. Stellenweise chronisch entzündliche Prozesse. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

23) **A. Nast-Kolb.** Beiträge zur Hirnchirurgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIV. p. 394.)

Über drei in der Arbeit eingehend beschriebene, von Neumann im Berliner Friedrichshain-Krankenhaus operierte Fälle hat Verf. in der Berliner Chirurgen-Vereinigung vorgetragen, und verweisen wir diesbezüglich auf das bereits in diesem Blatte p. 936 v. J. erschienene Referat. Es folgen einige Allgemeinerörterungen und eine Zusammenstellung von 84 Operationsfällen wegen Epilepsie, die seit 1899 von 43 Autoren veröffentlicht sind. Von diesen sind mindestens ein ganzes Jahr lang geheilt beobachtet 25 (29,7%); weniger als ein Jahr beobachtet, aber in dieser Zeit anfallsfrei, sind 20. Als gebessert bezeichnet werden sechs, gestorben sind fünf, ungeheilt 28. Von traumatischer Jackson'scher Epilepsie sind es 35 Fälle, von diesen geheilt 14 (40%). Zur nicht traumatischen Jackson'schen Epilepsie gehören 35 Fälle mit acht (22,8%) Heilungen. Die Horsley'sche Rindenexzision wurde 14mal ausgeführt mit fünf Heilungen (35%). Die Heilungen sind 3 bis 12 Jahre beobachtet. Diesen Zahlen stehen 15 Fälle allgemeiner Epilepsie gegenüber mit nur drei Heilungen. Von diesen waren 13 traumatischer Natur. Die traumatische Jackson-Epilepsie hat also für die operative Heilung die besten Aussichten. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

24) **Gerber.** Rhinogener Hirnabszeß.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XVI. p. 208.)

Verf. berichtet über einen interessanten Fall von akutem, doppelseitigem Stirnhöhlenempyem nach Influenza. Links war dasselbe gut zu diagnostizieren und wurde auch zurzeit operiert. Rechts wurde es erst einige Wochen später manifest. Es zeigte sich, trotzdem rhinoskopisch nichts nachzuweisen war, daß hier auf der rechten Seite die weitaus stärkere Affektion vorhanden war, nämlich Nekrose der vorderen und der hinteren knöchernen Stirnhöhlenwand. Von der letzteren aus war ein Stirnlappenabszeß angezeigt worden, der auch eröffnet wurde. Tod 8 Tage nach der Eröffnung. Die Schwere der Affektion, also Karies der Stirnhöhlenwände und nachfolgender Hirnabszeß, führt G. auf einen Verschluß des Ductus nasofrontalis zurück. **Manasse** (Straßburg i. E.).

25) **Bardenheuer und Luxembourg.** Zur operativen Behandlung der Gehirnsyphilis.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für praktische Medizin in Köln.)

Verff. erörtern eingehend die Indikationen zur operativen Therapie der Gehirnlues und geben den genauen Krankheits- und Operationsbefund eines mit günstigem Erfolg operierten Falles. Die Symptome wiesen auf eine Geschwulst der rechten Hirnseite, eine genaue Ortdiagnose war nicht möglich, deshalb ging man an der Stelle der größten Empfindlichkeit des Schädeldaches — Grenzgebiet

des rechten Stirn- und Scheitelbeines — ein und entfernte aus dem vorderen Teile des unteren Scheitellappens, am Gyrus supramarginalis, zwei dicht unter der Hirnrinde gelegene pflaumen- bezw. haselnußgroße Geschwülste, die makro- und mikroskopisch das Bild der luetischen Neubildung boten. Erfolg? **Müller** (Dresden).

26) H. Haberer. Ein Fall von geheilter Verletzung des Sinus transversus.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien; Sitzung vom 10. Juni 1904.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 24.)

Es handelte sich um einen 55jährigen Pat., der einen Stich gegen das Hinterhaupt erhalten hatte. Dadurch war ein kronenstückgroßes Stück der Hinterhauptsschuppe thürflügelförmig aufgebrochen. Erst nach Abheben dieses Knochenstückes mit der Kornzange dokumentierte sich die Blutung aus dem Sinus transversus durch die Schnittwunde der Dura nach außen in gewaltiger Weise. Die Blutstillung erfolgte durch Tamponade. Die Verletzung heilte ohne Komplikation.

Ein Fall von Zerreißung des Sinus longitudinalis durch Kreissäge wurde von v. Eiselsberg in Königsberg durch Tamponade ebenfalls zur Heilung gebracht.

Hübener (Dresden).

27) J. Fränkel and Ramsay. Contribution to the surgery of neurofibroma of the acustic nerve.

(Annals of surgery 1904. September.)

Das Neurofibrom des Hörnerven hat dort seinen Sitz, wo der erstere zwischen Pons und Medulla oblongata hervortritt. Es hat meistens Kirsch- bis Hühnereigröße, eine fibröse Struktur und eine dicke Kapsel, aus welcher es sich leicht ausschälen läßt. Die allgemeinen Krankheitssymptome bestehen in Kopfschmerz, Schwindel, Sehstörungen; die lokalen in Ataxie, gekreuzter Extremitätenlähmung, Lähmung des 5., 6. und 7. Gehirnnerven, Ungleichheit der Pupillen; die speziellen endlich in schweren Gehörstörungen von allmählichem Einsetzen und langsamer Entwicklung. Nach den Verff. läßt sich die Diagnose stellen und verspricht ein chirurgischer Eingriff Erfolg, da die Natur der Geschwulst gutartig ist. Es werden zwei Fälle derartiger Gehirngeschwülste geschildert; die Operation endete in beiden tödlich infolge der dabei eingetretenen Hirnverletzungen und -blutungen. Es wird daher vorgeschlagen 1) zweiseitig zu operieren und 2) die Trepanationsöffnung am Schädel zwischen Pars mastoidea und Pars petrosa anzulegen, da man von hier aus das Kleinhirn von der hinteren Fläche des Felsenbeines abheben und so an die Ursprungsstelle des Gehörnerven gelangen könne.

Herhold (Altona).

28) Béclère. Un cas d'épithelioma vegétant de la region temporo-maxillaire guéri par la radiothérapie.

(Soc. méd. des hôpitaux de Paris 1904. Juni 10.)

Heilung eines mikroskopisch festgestellten Epithelioms der Schläfengegend bei einem 70jährigen Manne durch Röntgenstrahlen. Da die Neubildung ohne Entzündung und ohne Gangräneszierung allmählich bis auf eine kaum sichtbare Narbe schwand, hält B. die Wirkung der Röntgenstrahlen auf bösartige Geschwülste für eine spezifische, ähnlich wie ein syphilitisches Gumma unter antiluetischer Behandlung schwindet. Kein anderes physikalisches oder chemisches Agens wirkt auf Epitheliome in derselben Weise wie die Röntgenstrahlen.

B. hat ebenfalls ein bereits zweimal nach der Operation rezidiviertes, nicht perforiertes Sarkom des Oberkiefers durch die intakte Hautdecke hindurch bestrahlt und innerhalb 7 Monaten zum Schwinden gebracht; gleichzeitig wurden subkutane Chinineinspritzungen verwendet. Die elektive und spezifische Wirkung der Röntgenstrahlen kommt also auch gegenüber Sarkomen und durch die gesunde Hautdecke, ohne sie zu schädigen, zustande. Jedoch ist zu berücksichtigen, daß die relativ langsame Entwicklung der Geschwulst die Vorbedingung für den Erfolg im vorliegenden Falle war. **Mohr** (Bielefeld).

29) **Bardenheuer** und **Lossen.** Leontiasis ossea.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für praktische Medizin in Köln.)

Kasuistische Mitteilung eines Falles, bei dem B. einem 17jährigen Burschen den linken Oberkiefer und 4 Monate später den inzwischen auch erkrankten linken Unterkiefer resezierte. Das Antrum Highmori war völlig mit eng spongiösem Knochen erfüllt, die mikroskopische Untersuchung ergab zellreiche Bindegewebswucherung des Markes mit reger Knochenneubildung. Aus der Literatur hat Verf. 41 Fälle gefunden und 29 Krankengeschichten zusammengestellt.

Müller (Dresden).

30) **R. Stegmann.** Ein Fall von Atrophia faciei und seine kosmetische Behandlung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 35.)

Die 20 Jahre alte Pat. mit beiderseitiger Gesichtsatrophie wurde von Gersuny mit der Vaselin-Ölmischung (1:4) in äußerst erfolgreicher Weise durch mehrfache Injektionen (im ganzen innerhalb 18 Tagen 4 ccm Vaseline und 17 ccm Ölvaseline (die 4 ccm Vaseline in beide Fossae caninae à 2 ccm) mit glänzendem Erfolge behandelt, der in den beigegebenen Abbildungen scharf zum Ausdruck kommt.

Hübener (Dresden).

31) **O. Kutvirt.** Sarcoma sinus frontalis.

(Sborník klinický Bd. V. p. 455.)

21jähriger Arbeiter; vor 5 Monaten Auftreten eines Knotens an der Nasenwurzel, Erschwerung der Atmung, Undurchgängigkeit einer Nasenhälfte, bohrender Schmerz in der Stirn. Status praesens: Froschähnlicher Gesichtsausdruck; schmerzlose, derbe Geschwulst der Nasenwurzel, die die Bulbi voneinander entfernt. (Photographie.) Linke Nase von einer polypartigen, höckrigen, leicht blutenden Geschwulst ausgefüllt; beide Highmorshöhlen transparent. — (Es wurde ein Teil des Polypen probeweise entfernt; während der Wundheilung wanderte ein Erysipel über die Geschwulst. Eine kurative Wirkung des Erysipels stellte sich nicht ein.) Die Geschwulst wurde exstirpiert, wobei die Dura freigelegt wurde. Bald darauf Rezidiv, das wieder entfernt wird. Tod. — Bei der Sektion fand man ein Sarkom des Os frontale, ethmoidale und des Antrum Highmori beiderseits und als Todesursache Meningitis purulenta. Ausgangspunkt der Geschwulst war der Sinus frontalis. — Histologisch stellte sie teils ein Rundzellensarkom, teils ein Spindelzellensarkom mit langen Kernen dar. **G. Mühlstein** (Prag).

32) **Bardenheuer.** Neuralgie des dritten Astes des Trigeminus geheilt durch Einlagerung desselben in Weichteile. Neurinsarkoklesis.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für praktische Medizin in Köln.)

Veranlaßt durch die günstigen Ergebnisse der partiellen Resektion der Synchondrosis sacroiliaca bei schwerer Ischias — fünf derart operierte Fälle sind dauernd geheilt —, hat B. dieselbe Methode, d. i. Einbetten von durch Knochenkanäle laufenden Nerven in Weichteile nach partieller Resektion der knöchernen Kanalwandung, bei zwei Fällen von hartnäckiger Trigeminusneuralgie in Anwendung gebracht. In dem einen Falle, zweiter Ast, resezierte er die obere und untere Wand des Canalis infraorb., schloß das in der oberen Wand der Kieferhöhle entstandene Loch durch einen mit der Epidermis höhlenwärts unter den Nerv geschobenen Stirnlappen und lagerte den Nerv dadurch zwischen Lappen und Orbitalfascie. Im zweiten Falle, dritter Ast, meißelte er von der Außenfläche des Kiefers den N. mandibularis heraus — gerissen, genäht — und lagerte ihn zwischen Periost und Schleimhaut. In beiden Fällen trat dauernde Heilung ein.

Müller (Dresden).

33) **Enderlen.** Ein Beitrag zur temporären Aufklappung beider Oberkiefer nach Kocher.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIV. p. 517.)

E. bediente sich mit bestem Erfolge bei einem 10jährigen, an großer Nasen-Rachengeschwulst (Rundzellensarkom) leidenden Knaben der oben genannten

Operationsmethode, die hier als bekannt vorauszusetzen ist. Vorbereitend wurden beide Carotides ext. unterbunden und gleichzeitig geschwollene Halsdrüsen exstirpiert, die übrigens nicht infiziert waren. Bei der Durchmeißelung der Oberkiefer, oberhalb der Alveolarränder, wurden nach Payr die den Mahlzähnen entsprechenden Schleimhautpartien geschont. Die Blutstillung durch Tamponade wurde durch Suprarenin (1 : 1000) gut unterstützt. Der Operation folgte Lockerung und Verlust eines medialen Schneidezahnes, ein Übelstand, der vielleicht durch Benutzung der Gigilisäge, statt des Meißels, vermieden werden könnte. Eine hinterbliebene Insuffiziens der Gaumenmuskulatur scheint prognostisch günstig beurteilbar. Im ganzen rühmt E. die Vorzüge des Verfahrens.

Im Eingang der Arbeit vergleicht E. die sonstigen entsprechenden Operationsmethoden und gibt zum Schluß derselben ein hierauf bezügliches Literaturverzeichnis. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

34) **W. Ziegra.** Über isolierte akute Osteomyelitis der Processus spinosi.

Inaug.-Diss., Rostock, 1904.

Verf. bringt aus der Müller'schen Klinik einen hübschen kasuistischen Beitrag über zwei neue Fälle unter Berücksichtigung der Literatur. Die Diagnose schwankte bis zur operativen Autopsie zwischen Osteomyelitis und Tuberkulose mit Abszeß. Insgesamt gibt es nunmehr sieben publizierte Fälle von isolierter Nekrose der Proc. spinosi. — Von den beschriebenen Fällen endigte einer tödlich durch Pyämie, der zweite wurde geheilt. **Schmieden** (Bonn).

35) **P. Fiori.** Le lesione del vago nella chirurgia del collo.

(Policlinico. Ser. chir. 1904. Nr. 10.)

F. exstirpierte eine Rezidivgeschwulst am Halse, die mit den großen Gefäßen verwachsen war. Während er zur Ablösung derselben die Geschwulst nach vorn zog, entstand plötzlich Atemstillstand und hochgradige Verlangsamung, Unfühlbarwerden des Pulses. Beim Nachlassen des Zuges erholt sich Pat. rasch. Der rechte Vagus ist von der Geschwulst umwachsen und muß auf 2 cm reseziert werden. Mit seiner Durchschneidung werden die Atemexkursionen vorübergehend tiefer und seltener; der Puls wird hochgradig beschleunigt (70—110). Mit Catgut wurden die Nervenstümpfe genäht. Die Naht ruft keine Erscheinungen hervor. Am folgenden Tage traten noch Husten, Bradykardie, Heiserkeit hinzu. Sie verschwinden mit Entfernung des Drainrohres. Vorübergehend besteht Albuminurie. Keine Magen-Darmstörungen. Es blieben nach der Heilung eine geringe Heiserkeit und eine mäßige Pulsbeschleunigung (90—110) zurück.

Verf. weist nach, daß die beobachteten Erscheinungen mit den Resultaten der Physiologie in Einklang stehen. Die Prognose der einseitigen Vagusdurchschneidung beim Menschen scheint nach den bisherigen Erfahrungen nicht so schlimm, die Durchschneidung an sich jedenfalls ungefährlicher als die meist doch bösartigen Geschwülste, bei deren Exstirpation die Verletzung vorkam. Die Mortalität beträgt 7,1%, wobei man die meist an sich bedeutende Schwere des Eingriffes mit berücksichtigen muß.

Die Naht der Nervenstümpfe nach der Durchschneidung soll geübt werden, wenn auch die bisherigen Erfahrungen noch nicht erkennen lassen, ob eine Funktionswiederherstellung erfolgt. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

36) **Bardenheuer und Sambeth.** Zwei Fälle von Facialis-Hypoglossus-Anastomose.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für praktische Medizin in Köln.)

Den 23 bisher veröffentlichten Facialis-Hypoglossus- bezw. Facialis-Accessorius-Überpfropfungen reihen Verff. zwei neue, mit gutem Erfolg operierte hinzu. In beiden Fällen war der Erfolg bald nach der Operation bemerkbar, im ersten, wo es sich um eine 16 Jahre bestehende totale Lähmung bei großem Defekte des

Facialis infolge septischer Phlegmone der linken Halsseite handelte, traten die ersten leichten Zuckungen bereits am fünften Tage ein, beim zweiten — Facialisverletzung bei Ohroperation — war bereits nach $2^1/_2$ Wochen ein recht gutes Resultat zu konstatieren. **Müller** (Dresden).

37) K. Morian (Essen). Ein Fall von Aneurysma spurium arterio-venosum der Carotis communis und Jugularis externa.

(Festschrift der Huyssens-Stiftung. Essen 1904.)

Das durch eine Stichverletzung erzeugte Aneurysma hatte eine Kommunikationsöffnung von 1 cm Größe zwischen beiden Gefäßen gebildet. Interessant waren nervöse Störungen durch die Verletzung, vor allem eine Sprachstörung. Letztere wurde durch die Operation (Unterbindung der zuführenden und abführenden Arterie) nur wenig gebessert, die übrigen Beschwerden blieben geringer.

Schmieden (Bonn).

38) M. Cohn. Erfahrungen über Serumbehandlung der Diphtherie.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

C. legt seinen Untersuchungen zugrunde die ersten 1000 Fälle von Diphtherie, welche auf der Diphtherieabteilung des städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin mit Serum behandelt worden sind; sie fallen in die Zeit vom 1. November 1894 bis 23. August 1900. Nur solche Fälle, in denen bakteriologisch Diphtherie festgestellt wurde, sind berücksichtigt. Das Gesamtresultat ist, daß die Serumbehandlung sich als außerordentlich segensreich erwiesen hat. Nach den verschiedensten Gesichtspunkten wird das große Material statistisch von C. durchgearbeitet. Aus der großen Fülle von Ergebnissen seien die folgenden als wichtigste hervorgehoben. Die glänzende Wirkung der Serumbehandlung zeigt am besten die Tatsache, daß von allen Diphtheriekindern nur 28,6% (gegen 60% in der Vorserumzeit) zur Tracheotomie kamen; von den Tracheotomierten starben nur 25,9% (gegen 71,2% früher). Je früher im Verlaufe der Erkrankung die Serumbehandlung einsetzt, desto bessere Erfolge: von den innerhalb der drei ersten Krankheitstage Gespritzten sind 9,8% gestorben, von den später Behandelten dagegen 23,5%. Bei Diphtheriefällen, die mit den Erscheinungen der Allgemeinvergiftung aufgenommen wurden, hat die Serumtherapie im Stiche gelassen. Vereinzelte Heilungen kommen jetzt wie früher vor, aber von einer Heilung durch die spezifische Therapie kann man dabei nicht sprechen. Injektionsabszesse kamen nicht mehr vor, seitdem die Injektion nicht mehr in den Oberschenkel, sondern an der Linea alba unterhalb des Nabels gemacht wird. Der bekannte Einwand der Serumgegner, daß die Epidemie im ganzen leichter geworden sei, wird mit zahlreichen Gründen widerlegt. Sehr ausführlich werden die Sektionsergebnisse der Gestorbenen kritisch verwertet und zum Beweis dafür herangezogen, daß die pathologisch-anatomischen Befunde jedenfalls nicht gegen die Serumtherapie ins Feld zu führen sind. Besonders wird betont, daß der lokale Befund an der Leiche nicht imstande ist, die Bösartigkeit der Erkrankung zu entscheiden. Die Todesfälle lassen nur zu einem geringen Teil auf ein Versagen der spezifischen Therapie schließen. **Haeckel** (Stettin).

39) Diel. De l'isthmectomie thyroïdienne comme traitement du goitre.

(Tribune médicale 1904. p. 549.)

Sidney Jones machte die Beobachtung, daß bei Kropf nach Resektion des Isthmus eine Atrophie der Lappen eintreten kann. Das konnte Verf. in folgenden beiden Fällen bestätigen: 1) 26jähriger Mann mit Atmungsbeschwerden infolge eines Kropfes mit großer Cyste links, nußgroßer solider Geschwulst des Isthmus und parenchymatösem, gänseeigroßem Kropf des rechten Lappens. 6 Monate nach Resektion des Isthmus und Ausschälung der Cyste war jede Spur von Vergrößerung der Schilddrüse geschwunden. 2) 44jährige Frau mit weichem parenchymatösem Kropf beider Lappen und einer härteren Geschwulst der Isthmusgegend,

keine Atembeschwerden; Resektion der mittleren Geschwulst. 11 Monate später ist nur noch der linke, kaum noch vergrößerte Lappen zu fühlen.

Ebenso wie nach teilweisen Strumektomien kann also auch nach der einfachen Isthmusresektion eine Atrophie der zurückgelassenen Teile eintreten. Für die Isthmektomie sind Kröpfe mäßiger Größe bei jüngeren Personen besonders geeignet. Die Vorzüge der Methode liegen in der Geringfügigkeit des Eingriffes, dem nur mäßigen Blutverlust und der Unmöglichkeit, den Recurrens zu verletzen. Nachteile sind die Unsicherheit, ob wirklich eine Atrophie eintritt, und die Gefahr des Rezidives. **Mohr** (Bielefeld).

40. v. **Eiselsberg.** Zirkuläre Resektion der Trachea wegen Karzinoms der Schilddrüse.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, Sitzung vom 13. Mai 1904.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 20.)

44jähriger Mann, seit dem 8. Lebensjahre an Kropf leidend, wurde im Jahre 1898 in der Klinik Albert wegen eines Kolloidkropfes strumektomiert. 1900 Rezidiv des Kropfes, 1902 wegen zunehmender Dyspnoe tiefe Tracheotomie in der Klinik von Schrötter, durch Probeexzision dabei ein Adenokarzinom der Schilddrüse konstatiert. Fortwachsen des Karzinoms durch die Luftröhre bis in die Höhe der Fistel, worauf abermals starke Dyspnoe. Januar 1904 große harte Kropfgeschwulst, welche innig die Luftröhre umklammerte. Exstirpation der Geschwulst durch v. E., wobei 4 cm der Luftröhre reseziert werden mußten. Zirkuläre Naht nach Einlegen einer Kanüle unterhalb. Die Naht dehiszierte an ihrer vorderen Hälfte, der Defekt wurde erst provisorisch durch ein Zelluloidplättchen und dann durch einen Haut-Periostlappen aus dem Brustbein gedeckt (in zwei Zeiten: 19. Februar und 5. März). Gutes Resultat, nachdem noch ein kleiner Granulationspfropf nachträglich endolaryngeal entfernt war. **Hübener** (Dresden).

41) **Goebel.** Über idiopathischen, protrahierten Priapismus.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

Bei einem 38jährigen, kräftigen Manne beobachtete G. einen fast 8 Wochen dauernden Priapismus. Die Heilung erfolgte, nachdem eine kleine Inzision eines Corpus cavernosum penis gemacht und aus derselben Blutcoagula entleert worden waren; es bestand keine wirkliche Thrombose, sondern mehr eine Eindickung des Blutes. Nach eingehender Berücksichtigung aller sonst für Priapismus ätiologisch in Betracht kommenden Erkrankungen kommt G. zu dem Resultate, daß sein Fall zur Kategorie des idiopathischen Priapismus gehört, wobei kein ursächliches Moment sich finden läßt.

G. gibt ferner einen Fall von Priapismus bei einem Leukämischen, bei dem gleichfalls mehrere Inzisionen in die Corpora cavernosa penis gemacht wurden; es entleerte sich schwarzes, übelriechendes Blut, in dem Bakterium coli in Reinkultur nachzuweisen war.

Der Priapismus beruht warscheinlich immer auf einer Thrombose der Corpora cavernosa. Hämorrhagien geben wohl meist Anlaß zur Thrombosierung; diese Blutergüsse können entstehen durch alle Krankheiten, welche dazu disponieren, wie durch Verletzungen während der Erektion. **Haeckel** (Stettin).

42) **Wilson.** Circumscribed fibrosis of the cavernous bodies of the penis.

(Buffalo med. journ. 1904. Oktober.)

W. beobachtete drei Fälle von umschriebener Verhärtung in den Corpora cavernosa des Penis. Gicht und Diabetes, die von vielen Autoren als Ursache der Erkrankung angesehen werden, waren in keinem Falle vorhanden. Zwei Pat. litten früher an Lues, bezw. Gonorrhöe, der dritte war niemals geschlechtskrank, alle hatten mehr oder weniger Schmerzen bei der Erektion; die Verhärtungen saßen einmal rechts, zweimal beiderseits oberhalb der Glans in den kavernösen Körpern,

waren knorpelhart, flach, mit scharfen Rändern. Knickung des Gliedes bei der Erektion bestand nur in einem Falle. Der Pat. mit Luesanamnese wurde durch antiluetische Behandlung völlig geheilt, der Tripperfall durch Jod intern und örtliche Massage mit Quecksilbervasogen stark gebessert, der ätiologisch unklare, anscheinend idiopathische Fall durch keinerlei Behandlung beeinflußt.

Mohr (Bielefeld).

43) **Lydston.** Contribution to the surgery of the deep urethra.

(Annals of surgery 1904. Oktober.)

I. Fall: Zerreißung einer bereits nach Gonorrhöe verengten Harnröhre durch Auffallen des Dammes auf ein Wagenrad. Resektion der zerrissenen Teile der Harnröhre und Vereinigung beider Enden durch Catgutnähte über Verweilkatheter. Heilung.

II. Fall: Zurückbleiben einer Mastdarm-Harnröhrenfistel nach Prostatektomie. Heilung durch Plastik.

III. Fall: Ebenfalls Rekto-Urethralfistel nach Prostatektomie. Hier ging jedoch der ganze Urin durch den Mastdarm, aber kein Kot — wie im Falle II — durch die Harnröhrenfistel am Damm ab. Bei dem alten Manne wurde keine Operation ausgeführt, zumal denselben der Abgang von Urin durch den Mastdarm nicht hinderte.

In Fall II und III konnte wegen starker Verwachsung der Prostata mit der Nachbarschaft nur das Morcellement, nicht die Enukleation angewandt werden. Verf. glaubt, daß der bei alten Leuten brüchige Mastdarm durch das Anziehen des in denselben eingeführten Instrumentes zum Herabdrücken der Prostata eingerissen, nicht etwa durch das Messer des Operateurs eingeschnitten sei.

Herhold (Altona).

44) **E. Patry.** Plaie pénétrante du rectum et de la vessie. Guérison.

(Revue méd. de la Suisse romande 1904. Nr. 10.)

Ein 24jähriger Pat. fällt $1^1/_2$ m hoch auf einen Werkzeugstiel, der ihm in den After dringt. Es wird ca. 4 cm über dem Sphinkter eine 3 cm lange, zerfetzte Darmwunde, mit der Blase kommunizierend, konstatiert. Der blutige Harn entleert sich vollständig aus dem Mastdarme; nebenbei gonorrhoischer Ausfluß aus der Harnröhre.

Mit Rücksicht auf die schon 24 Stunden bestehende Verletzung wird von einem operativen Eingriff abgesehen, die Darmwunde mit Dermatolgaze tamponiert, ein Verweilkatheter durch die Harnröhre in die Blase eingeführt.

Nach 10 Tagen Entferung des Tampons, kein Urin mehr aus dem Mastdarme; nach 16 Tagen ist die Darmwunde vernarbt.

Trotz der Gonorrhöe und der zeitweiligen kotigen Beimengung des Urins keine Cystitis.

Kronacher (München).

45) **W. A. Oppel.** Die Blasenrupturen vom klinischen Gesichtspunkte.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Von den drei Krankengeschichten, die O. bringt, seien hier zwei mitgeteilt:

1) Der 42jährige Pat. war vor 24 Stunden auf unbekannte Weise verunglückt und hatte seitdem nicht mehr uriniert. Die Untersuchung ergab etwas blutige Flüssigkeit in der Blase, freie Flüssigkeit im Peritoneum, tympanitischen Schall oberhalb der Symphyse. Diagnose: intraperitoneale Blasenruptur. Die sofort vorgenommene Laparotomie ergab, daß die Blase in einer Ausdehnung von 12 cm vom Scheitel bis an den Grund zerrissen war, und zwar in einer geraden Linie, die in der Nähe des Grundes sich in zwei Schenkel teilte. Durch zweireihige fortlaufende Naht, welche die Schleimhant nicht mitfaßte, wurde der Riß geschlossen, der dreieckige Zipfel am Grunde durch Tabaksbeutelnaht eingestülpt. Prüfung der Naht durch Blasenfüllung. Heilung. Etwa 4 Wochen später wurde cystoskopisch eine breite weiße Narbe im ganzen Bereiche der Naht gefunden,

während in der Gegend des eingestülpten Zipfels noch Granulationen vorhanden waren.

2) Der 28jährige Pat. war vor einer Stunde gepuffert worden. Die Untersuchung ergab stark blutigen Urin, Dämpfung und Schwellung oberhalb der Symphyse, Beckenbruch. Diagnose: extraperitoneale Blasenruptur. Bei der Laparotomie fand sich ein ca. 4 cm langer Riß rechts in der vorderen Wand der Blase. Der schon vor der Operation fast pulslose Pat. starb nach 4 Stunden.

Unbemerkt war — wie die Sektion erwies — ein zweiter Riß geblieben, der nach links und außen von der linken Harnleitermündung und nur 1 cm lang gewesen war. **V. E. Mertens** (Breslau).

46) **Schloffer.** Über Blasenstein nach Pfählungsverletzung.

(Aus der wissenschaftlichen Ärztegesellschaft in Innsbruck, Sitzung vom 5. März 1904.)

Vor $1/2$ Jahre Pfählung auf einen Zaunpflock mit nachfolgender Harnröhrenfistel am Damme. Andauernde Cystitis. Bei der Cystoskopie wurde ein Blasenstein gefunden, der wegen Verdachtes auf Steinbildung um einen eingepfählten Fremdkörper durch Sectio alta entfernt wurde. In der Tat fand sich im Zentrum des Steines ein Stückchen Stoff von der Hose, die Pat. damals getragen hatte.

Es stellt dieser Fall die fünfte bekannte derartige Beobachtung dar.

Hübener (Dresden).

47) **A. Le Roy des Barres.** Calcul secondaire de la vessie.

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 21.)

Die 44jährige Frau unterzog sich am 1. Februar einer Sectio alta wegen Blasenstein und wurde am 11. März völlig geheilt entlassen. Am 8. Juli erschien sie wieder mit den alten Beschwerden und einer seit ca. 10 Tagen bestehenden Fistel in der Bauchnarbe. Die Untersuchung ergab, daß ein neuer Stein in der Blase war.

In der Fistel wurde ein Seidenfaden — die Blase war mit Seide genäht worden! — gefunden, der sich aber erst bei der Operation entfernen ließ, wobei sich herausstellte, daß er zum Teil in die Blase hing und inkrustiert war. Der Stein, dessen Gewicht in trockenem Zustande 5 g betrug, bestand aus phosphorsaurer Ammonikmagnesia und hatte als Kern einen anderen Seidenfaden von jener ersten Naht, die offenbar infiziert gewesen war; ein Faden war in die Blase gefallen und hatte Anlaß zur Steinbildung gegeben, der andere schließlich zur Fistel geführt.

V. E. Mertens (Breslau).

48) **De Vlaccos** (Mitylene). Contribution à l'étude de la vaginalite séreuse chronique.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 6.)

De V. teilt zwei Fälle von Hydrocele tubercul. mit, wo die Erkrankung sicher nicht vom Hoden ausging, sondern eine primäre Infektion der Vaginalis darstellte. Dies widerspricht dem im allgemeinen bisher geltenden Dogma, daß der Entzündung des serösen Überzuges der Hoden eine solche der Drüse selbst, besonders des Nebenhodens vorausgehe. Im Anschluß daran bespricht de V. noch einige Formen abnormer Lagerung des Hodens innerhalb der Hydrokele, der Inversion des Hodens und der sog. genabelten Hydrokele, deren Vorkommen bei der Inzision berücksichtigt werden muß. Für einen Teil seiner Fälle — er verfährt eklektisch — bedient sich de V. der Bloch'schen Operationsmethode (breite Eröffnung und Abreiben der Serosa mit 20%iger Zinkchloratlösung, Naht ohne Drain). Eine zu stark veränderte, verdickte Vaginalis wird exzidiert. **Christel** (Metz).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 3. **Sonnabend, den 21. Januar.** **1905.**

Zur Technik der Gastrostomie und Jejunostomie. Ein neues und leichtes Verfahren.

Von

Dr. **Joseph Arce.**

Am Institut der normalen Anatomie. Erster Assistent des Prof. Decond an der Fakultät von Buenos Aires.

Wenn man eine Magen- oder Darmfistel herstellen will, um durch sie einen Kranken zu ernähren, welcher sich nicht auf natürlichem Wege ernähren soll oder kann, so muß die Operation folgende zwei Eigenschaften haben: 1) sie muß so einfach wie möglich sein; 2) sie muß eine Fistel liefern, welche nicht nur die durch sie eingeführten Nahrungsmittel, sondern auch die sich in Magen und Darm ergießenden natürlichen Sekretionen des Magens, der Leber, des Pankreas und des

Darmes zurückhält. So einfach wie nur möglich, weil diese Operationen gewöhlich bei Personen mit vollständigem organischem und funktionellem Verfall ausgeführt werden, bei welchen jede Verlängerung der Operation, die auch zu gleicher Zeit die allgemeine Narkose erfordert, in höchstem Grade schädlich, selbst todbringend sein kann.

Andererseits ist der Arzt gar nicht selten genötigt, eine solche Operation vorzunehmen, und zwar oft mit Eile, weit entfernt von jeder Hilfe und ohne andere Mitwirkung als eigene Geschicklichkeit und praktischen Sinn.

Die Fistel muß zweitens kontinent sein, weil der Ausfluß von Magensaft Entzündung der benachbarten Haut mit sich zu bringen pflegt, und was die Nahrungsmittel und die Sekretionen des Pankreas des Darmes und der Leber betrifft, so würde ihr Verlust den Zweck, den man mit dieser Operation verfolgt, vollständig vereiteln. Die Chirurgen, welche sich mit dieser Frage beschäftigt haben, haben allein die zweite Bedingung in Betracht gezogen und alle ihre Bemühungen darauf gerichtet, die Kontinenz der Fistel zu vervollkommnen.

Nur so erklärt sich die große Anzahl der angegebenen Verfahren für die Gastrostomie und für die Jejunostomie, welch letztere ja viel seltener ausgeführt worden ist. (Bis 1901 [Jeannel] sind nur 62 Beobachtungen veröffentlicht worden.) Man übertreibt nicht, wenn man die Zahl der beschriebenen Methoden auf mehr als ein Dutzend angiebt. Ich glaube aber, daß man der ersten der oben aufgestellten Bedingungen mehr Wichtigkeit beilegen sollte.

Die Verfahren von Maydl, Albert und v. Eiselsberg für die Jejunostomie und die von Touton, Sabanejeff, Frank, Witzel, Marwedel usw. für die Gastrostomie können gute Resultate geben, aber es sind verwickelte und mühsame Operationen, ja unter Umständen aus Rücksicht auf den lokalen oder allgemeinen Zustand des Kranken schwer oder gar nicht auszuführen. Sie erfüllen also nur eine der Bedingungen jeder guten Magen- oder Darmfistel.

Der Umstand nun, daß ich mich immer in Verhältnissen befunden habe, wo eine komplizierte Operation das Leben des Kranken gefährden konnte, veranlaßte mich, mich besonders mit der Bedingung zu beschäftigen, welche die anderen Autoren nicht in Betracht gezogen haben, das heißt mit der Vereinfachung des Eingriffes. Natürlich darf durch eine solche nicht die Kontinenz der Fistel ernstlich kompromittiert werden. Ich sage: ernstlich kompromittiert, weil, wenn nur gelegentlich und teilweise die Nahrungsmittel gleich nach der Einführung herausfließen, dies noch keinen größeren Nachteil verursacht, wenn nur zwischen den Mahlzeiten nichts herausfließt.

Das Verfahren, welches ich definitiv für die Magen- und Darmfisteln angenommen habe, nachdem ich es mit ausgezeichnetem Resultate bei meiner ersten Jejunostomie ausgeübt hatte, ist also das folgende:

1) Lokale Anästhesie mit Kokain. Vertikaler transmuskulärer

Bauchschnitt (Rectus abdominis), immer wenn die Operation vorausgesetzt wird. Das innere Ende des Einschnittes darf niemals bis zum Niveau des Nabels reichen. 2) Man sucht die schickliche Stelle jejunal, 20 cm vom Winkel zwischen Duodenum und Jejunum und man stellt sie der Wunde schräg gegenüber, wie in der Gastroenterostomie von Wölfler, wenn es sich um Jejunostomie handelt; dagegen einen der Cardia und der kleinen Kurvatur des Magens möglichst benachbarten Punkt, wenn die Gastrostomie ausgeführt werden soll. 3) Befestigung der Tunica seromuscularis des Darmes oder Magens, je nach dem Fall, nur an dem Bauchfell durch Knopf- oder U-Nähte mit Catgut oder feiner Seide im Umfang eines Quadratzentimeters Magen oder Jejunum, nicht mehr. 4) Fortlaufende Naht des Restes des Bauchfells und des Mesocolons, die nur eben gestattet, den Darm oder Magen so weit zu öffnen, daß ein Nélatonkatheter Nr. 18 — nicht stärker — eingeführt werden kann. 5) Naht der Haut. Die Eröffnung des Magens oder Darmes kann sogleich erfolgen oder, was ich nicht für nötig halte, 12 Stunden nachher, wenn man es vorzieht, einige Verklebungen abzuwarten, welche mit der Naht zusammen noch größere Garantie darbieten.

Um den Kranken zu ernähren, bringt man schräg und von der linken zur rechten Seite eine Sonde hinein, einige 8—10 cm tief, was dazu hilft, den Ausfluß der natürlichen Flüssigkeiten zu verhindern. Die Sonde muß langsam zurückgezogen werden, und man darf nicht mehr als 200—300 ccm Nahrungsmittel einspritzen. (Man muß die Quantität je nach dem Pat. bemessen; denn einige können mehr vertragen als andere.) Man wird damit erreichen, daß die Flüssigkeiten nicht zurückfließen. Man verabreicht dem Kranken besser oft wenig, als seltener größere Quantitäten.

Hier kurzgefaßt meine Beobachtungen:

10. Oktober 1902. Peter G., 49 Jahre alt. Krebs der Speiseröhre, auf die kleine Kurvatur des Magens und den Pförtner übergreifend. Pat. kann nicht einmal Flüssigkeit hinunterbringen. Schrägschnitt parallel dem Rippenbogen. Annähung des Jejunum nur an dem Bauchfell; Operation zweizeitig. Heilung der Wunde in 8 Tagen. Pat. überlebt die Operation 50 Tage. Tod durch septische Lungenentzündung. Weder die Nahrungsmittel noch die Galle sind je zurückgeflossen. Bei der Autopsie war der Fistelgang zwischen Haut und Darm 2 cm lang und so geformt, daß ein Rückfluß unmöglich war.

17. August 1903. Mariano C., 60 Jahre alt. Krebs der Speiseröhre. Während der letzten 2 Wochen hatte Pat. Tage, wo er nicht einmal Wasser hinunterschlucken konnte. Durch mangelnde Nahrungsaufnahme so entkräftet, daß er kaum sich aufrecht halten kann. Vertikaler transmuskulärer Einschnitt (Rectus abdominis). Einzeitige Gastrostomie unter alleiniger Benutzung des Bauchfells. Heilung der Wunde in 8 Tagen. Nach einem Monat entlassen, da Pat. sich sehr gut befindet Die Flüssigkeiten flossen nur dreimal zurück, als ich mehr als einen halben Liter einspritzen wollte; sobald der Kranke die Bauchwand zusammenzog, schloß sich der Rückfluß durch Okklusion. Später keine Nachricht von dem Kranken.

4. September 1903. Lino P., 44 Jahre alt. Krebs der Speiseröhre und des Magens. Probebauchschnitt. Es bestätigt sich die Diagnose; nebenbei findet sich noch Bauchfellkrebs und hämorrhagischer Ascites. Einzeitige Jejunostomie unter alleiniger Benutzung des Bauchfells. Heilung der Wunde in 8 Tagen. Tod nach

14 Tagen. Die letzten Tage floß ein wenig Galle zurück. Autopsie. Partielle subakute Bauchfellentzündung durch Kommunikation der Fistel mit der Peritonealhöhle. Das erklärt sich aus der gewaltigen Erschöpfung des Kranken. Bei der Autopsie löste sich die Verbindung zwischen Darm und Bauchdecken, wie wenn die Vorderseite mit Gummi angeklebt gewesen wäre. Der Prozeß der Vernarbung der Wunde war sehr gering und keine feste Vereinigung eingetreten.

4. Januar 1904. Friedrich K., 45 Jahre alt. Krebs der Speiseröhre. Transmuskuläre Gastrostomie (Rectus abdominis), alleinige Verwendung des Bauchfells. Heilung der Wunde in 7 Tagen. Die Schmerzen, welche der Kranke vor der Operation empfand, dauern an. Ich sehe mich genötigt, die Sonde außer über Nacht dauernd liegen zu lassen, da die eingespritzten Flüssigkeiten bei ihrer Entfernung wieder zurückfließen. 2 Monate nach der Operation wurde Pat. entlassen. Ende April hatte ich Nachricht von dem Kranken; er ernährt sich gut, aber es geht ihm nicht besser; er klagt über großen Schmerz, und die Haut um die Fistel herum ist ein wenig entzündet.

31. August 1904. Lorenzo L., 57 Jahre alt. Krebs der Speiseröhre. Transmuskuläre Gastrostomie (Rectus abdominis) wie in den früheren Fällen. Heilung der Wunde in 8 Tagen. Weder die Nahrungsmittel, noch der Magensaft flossen je zurück während des Monats, in welchem ich den Kranken beobachtete, und in welchem er zweimal Blutbrechen hatte. Ende September wurde er entlassen und $1^1/_2$ Monat nachher hatte ich Nachricht von ihm, in welcher er mir meldet, daß die Fistel gut funktioniere.

Wie erklären sich nun die so befriedigenden Resultate bei diesem direkten Zusammenhang zwischen Magen bezw. Darm und Bauchwand?

Ich glaube daraus, daß die Magen- resp. Darmwand nur mit dem Bauchfell eine Verbindung eingeht, die Schleimhaut dagegen nicht mit der Haut vereinigt wird, wie in der Gastrostomie von Terrier und der Jejunostomie von Surmay.

Auf diese Weise entsteht, wie ich bei der Autopsie meines ersten Falles von Jejunostomie beobachtete, ein Fistelgang, von der Länge der Bauchwanddicke (2 cm im erwähnten Falle), welcher eine kleine Öffnung in der Wand des Magens oder Darmes erreicht.

Bei solchen Verhältnissen haben die Flüssigkeiten keine Neigung, in den engen, seitlich abgehenden Fistelkanal einzutreten, sondern fließen längs der Wand des Darmes oder Magens, welch letztere gar nichts von ihrer Lichtung einbüßen.

Nach unserem Urteil ist ein so einfaches Verfahren mit solchen Resultaten anderen — ohne Zweifel technisch vollkommeneren, aber viel komplizierteren und trotzdem nicht immer die absolute Kontinenz der Fistel garantierenden — Verfahren vorzuziehen.

November 1904.

---

1) C. Oppenheimer. Die Fermente und ihre biologische Bedeutung.

(Moderne ärztliche Bibliothek 1905. Hft. 16.)

Die Absicht, in kurzen Worten die Grundzüge dessen wiederzugeben, was wir heute von der Bedeutung der Fermente für den Stoffwechsel wissen, hat dies handliche, fließend und klar verständlich geschriebene Büchlein gezeitigt, das jedem bestens empfohlen werden

kann, der sich schnell einen Überblick über die zurzeit geltenden Anschauungen in dieser wichtigen Frage verschaffen will. Einer kurzen historischen und theoretischen Einleitung folgt die Erörterung der Natur und Wirkung der Fermente, ihrer biologischen Bedeutung im allgemeinen und in den besonderen Gebieten der Verdauung, des intermediären Stoffwechsels, auch der Autolyse usw. Überall wird in zusammenfassenden Gesichtspunkten das, was zurzeit sicher bewiesen, was noch strittig, was noch jeder Bearbeitung harrt, hervorgehoben.

G. Schmidt (Berlin).

---

2) **Schlesinger.** Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen. II. Teil.

Jena, **Gustav Fischer**, 1904.

Ein Buch, für welches sicher ein Bedürfnis bestand und das sich gerade unter den Ärzten, welche nicht Gelegenheit hatten, sich in längerer Assistentenzeit größere praktische Erfahrung zu verschaffen, viele Freunde erwerben wird. Ein kurzer präziser Ratgeber in vielen Fragen, welche im klinischen Unterrichte meistens nicht in der Weise erörtert werden können, daß sie beim Anfänger haften, und welche doch in der Praxis fortwährend an den Arzt herantreten.

In diesem Teile des Werkes werden die Krankheiten der Leber und Gallenblase, der Milz, Bauchspeicheldrüse, der Nieren und Harnblase behandelt. Ätiologie und pathologische Anatomie werden ganz kurz besprochen, die wichtigsten klinischen Bemerkungen gegeben, die Diagnose ausführlich behandelt; die Indikationsstellung ist durchweg klar und derjenigen der meisten Chirurgen analog; die üblichen Operationsmethoden werden angeführt, ihre Erfolge erörtert und zuletzt der Verlauf bei Unterlassung des Eingriffes geschildert. Literaturangaben sind nur soweit vorhanden, daß man mit ihrer Hilfe sich weiterfinden kann.

Einige kurze Bemerkungen: Es ist wohl nicht ganz richtig, zu behaupten: »Die Gallensteinerkrankung ist durch Gallenstauung veranlaßt«, und ferner: »Als Bildungsstätte der Gallensteine ist die Gallenblase anzusehen«. Bei Besprechung des Hydrops der Gallenblase zieht Verf. meines Erachtens die Grenzen der operativen Behandlung zu eng. Er rät hier nur zur Operation bei drohender Perforation und bei Auftreten schwerer Erscheinungen durch Druck der Gallenblase auf Nachbarorgane. Später, bei Besprechung des Karzinoms der Gallenblase, betont Verf. mit Recht, daß die Therapie, wenn erst die Diagnose feststeht, meist machtlos ist. Weil nun ein nicht geringer Teil dieser Geschwülste anfangs bei Verschluß der Cysticusmündung nur Hydrops der Gallenblase erzeugt, wäre es sicher empfehlenswert, die Fälle von Hydrops öfter zu operieren, dann wird man auch weniger Fälle von Karzinom verlieren.

Wenn man das liest, was der Verf. über die Diagnose des Gallensteinileus sagt, so könnte man glauben, daß dieselbe nicht allzu schwer zu stellen sei; und doch ist es leider Tatsache, daß diejenigen Fälle,

in welchen die Diagnose vor der Operation gestellt wurde, zu den großen Ausnahmen] gehören. Man darf bei Ileus, besonders wenn die Ursache unklar ist, nicht zu lange warten, nicht aber bis zu 48 Stunden, wie Verf. sagt. In der Diagnostik der Nierenleiden hätten die verschiedenen Methoden der Funktionsprüfung wohl eine höhere Bewertung verdient.

Das Buch ist nur warm zu empfehlen, sein handliches kleines Format wird gerade dem Praktiker willkommen sein.

W. v. Brunn (Marburg).

---

3) **A. W. Mago Robson.** The treatment of cancer.

(Lancet 1904. Dezember 3.)

Wenn auch über den Urheber des Krebses im Kreise der Forscher noch ein Zwiespalt der Meinungen herrscht, so besteht mehr Einigkeit darin, daß der Krebs im Anfang ein rein lokales Leiden ist. Sicherlich besteht eine Kontaktinfektiosität des Krebses, wie vor allen die Beobachtungen und Experimente an Mäusen von Jensen (Kopenhagen) und Borrel am Institute Pasteur gezeigt haben; auch Fälle von Übertragbarkeit durch Insekten sind in der Literatur niedergelegt. Eine überaus wichtige Bedeutung, besonders für Krebsoperationen, kommt der Autoinfektion zu. Prophylaktisch befürwortet Verf. strenge Isolierung der Krebskranken, Vernichtung aller ihrer Verbandstoffe usw.; Bett, Eß- und anderes Geschirr sollte nie von Krebskranken und Gesunden gemeinsam benutzt werden. — Die chirurgische Behandlung des Krebses besteht in präventiver, kurativer oder palliativer. Für jeden Krebs gibt es ein »präcanceröses« Stadium (z. B. für den Lippenkrebs eine warzige Verdickung, für den Zungenkrebs eine oberflächliche, noch nicht karzinomatöse Ulzeration), und in diesem Stadium sollte nach Möglichkeit operiert werden. Verf. bespricht dann eingehend das präcanceröse Stadium in der Haut, der Brustdrüse, Gallenblase und Leber, dem Magen und Darm und den weiblichen Beckenorganen. Vorläufer des präpylorischen Magenkrebses ist meist das einfache peptische Geschwür; bessere Pflege des Mundes und der Zähne, frühzeitige energische interne Behandlung des Geschwürs oder in protrahierten Fällen Gastroenterostomie würden der Ansicht Verf.s nach die Entstehung des Magenkrebses erheblich vermindern. Für Uteruskrebse kommen als Vorläufer die chronische Endometritis und die Cervicalkatarrhe in Betracht, auch Myome, die nach Verf. gar nicht selten sich bösartig umwandeln. Beim Darmkrebs leistet in geeigneten Fällen das Strauss'sche Sigmoidoskop gute Dienste und macht oft eine sonst nötige Probelaparotomie überflüssig. — Die Radikaloperation des Krebses bietet nach Verf. bei weitem nicht so schlechte Aussichten, wie viele allzu pessimistisch meinen. Die Statistiken der bekanntesten Chirurgen beweisen das Gegenteil. Die Brustkrebsoperationen zeigen (nach den großen Statistiken von Verf., Halstead, Bryant, Teale, Cheyne), daß mehr als 50% der Fälle im Durchschnitt nach 3 Jahren rezidivfrei waren. Für Magenresektion wegen

Karzinom werden Statistiken von Verf., **Kocher**, **Mayo**, **Macdonald** und **Murphy** angeführt; für Zungenkarzinom führt Verf. die Statistik von **Butlin** und **Whitehead** an; für Kehlkopfkarzinom die von **Semon**, seine eigene und die **Kocher**'sche; für Darmkrebs die eigene und die von **Pollard**, **Morton**, **v. Mikulicz** und **Körte**; für Mastdarmkrebs die von **Duplay** und **Reclus**; für Gallenblasenkrebs die eigene; für Lippenkrebs die von **Butlin** und **Loos**; für Gebärmutterkrebs die eigene und die von **Jesset**, **Olshausen**, **Wertheim** und **Zweifel**. Aus allen diesen Statistiken geht zur Genüge hervor, daß ein recht großer Prozentsatz der Krebskranken zu dauernder Heilung gebracht werden kann.

Als palliative Krebsoperationen bespricht Verf. die Gastrostomie, die Gastroenterostomie (bei ihm 3,6% Mortalität, die Enteroanastomose, die Kolostomie und die Cholecystenterostomie. Auch durch sie kann in für Rakikaloperationen zu weit vorgeschrittenen Fällen (auch event. bei nicht immer ganz auszuschließenden Fehldiagnosen) noch viel Nutzen und Segen gestiftet werden.

Die Arbeit birgt eine Fülle des Lesenswerten in sich und hat als gute Zusammenfassung des heutigen Standes der Krebschirurgie großen Wert.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

4) **A. Eurén.** Über Äthernarkose nach der Tropfmethode mit gewöhnlicher offener (»Chloroform«-) Maske.

(Hygiea. Jahrg. LXVI. Folge II. Jahrg. IV. p. 1018. [Schwedisch.])

Verf. teilt seine Erfahrungen mit, die er in 250 Fällen gemacht hat mit der sog. Tropfmethode auf offener (»Chloroform«-) Maske, teils ausschließlich mit Äther (121 Fälle), teils Äther mit Chloroform (39 Fälle), teils Äther mit Morphium (85 Fälle) und endlich Äther und Chloroform und Morphium. Nach einer orientierenden Übersicht über **Hofmann**'s (**Witzel**'s), **v. Mikulicz**', **Berndt**'s u. a. Arbeiten in dem fraglichen Gebiet und die Hauptzüge der Geschichte der Äthernarkose teilt er die statistischen Zahlen mit, welche in bezug auf Quantitäten des Narkotikums, Alter und Geschlecht der Pat. u. s. f in Arbeiten dieser Art gewöhnlich mitgeteilt werden. Die Schlüsse, zu welchen er am Ende seiner Arbeit kommt sind folgende:

1) Äther kann ebenso wie Chloroform tropfenweise mit gewöhnlicher offener Maske angewendet werden, zeigt dann nicht die von anderen Ätherisierungsmethoden bekannten Nachteile bei der Einleitung der Narkose, die leicht ertragen wird, auch von kleinen Kindern, und gibt eine ebenso ruhige Narkose wie Chloroform, wobei die Ungefährlichkeit des Äthers im Vergleiche mit Chloroform bei der Tropfmethode sich mehr geltend machen kann, als bei älteren Formen der Äthernarkose;

2) deshalb kann eine Äthertropfmethode zuversichtlicher als andere Narkosenformen ungeübten Händen übertragen werden;

3) für Erwachsene sichert eine subkutane Morphiuminjektion $^{3}/_{4}$ bis $^{1}/_{2}$ Stunde vor der Narkose deren Eintritt und genügende Tiefe. Ist

Morphium vor der Narkose nicht verabreicht worden, sind oft (Potatores) nach vorheriger Morphiumdosis ausnahmsweise einige Tropfen Chloroform nötig, nicht zur Einleitung der Narkose, sondern für den Übergang aus dem Exzitations- in das Toleranzstadium;

4) die Äthertropfmethode kann auch für das Zustandekommen des sog. Ätherrausches (Sudeck) gebraucht und überdies natürlich mit jeder Form der Lokalanästhesie kombiniert werden.

Hansson (Cimbrishamn).

---

5) **Danielsohn.** Das Glücksmann'sche Verfahren der Ösophagoskopie.

(Therapeutische Monatshefte 1904. Nr. 11.)

Nach kurzer Besprechung des Glücksmann'schen Verfahrens der Ösophagoskopie (cf. Berliner klin. Wochenschrift 1904 Nr. 23) erörtert Verf. fünf Fälle, in denen er das genannte Verfahren zur Anwendung gebracht hat. Auf Grund dieser fünf Beobachtungen kommt er zu dem Schluß, daß die bisher gegen die Ösophagoskopie meist gemachten Einwände der Unzweckmäßigkeit des Verfahrens und der Gleichwertigkeit der übrigen Untersuchungsmethoden nicht mehr zu Recht bestehen. Gleichzeitig hebt Verf. die Wichtigkeit der Ösophagoskopie für eine Frühdiagnose des Karzinoms und für die Prognosenstellung hervor.

Zum Schluß weist er darauf hin, daß das Glücksmann'sche Verfahren auch eine neue Perspektive für die Gastroskopie eröffne.

Silberberg (Breslau).

---

6) **O. Lanz** et **E. Tavel.** Baktériologie de l'appendicite.

(Revue de chir. XXIV. année. Nr. 7 u. 8.)

Nach kurzem Bericht über die bisherigen Publikationen betreffend die Mikrobenflora des Wurmfortsatzes und einer einleitenden Betrachtung über deren Systematik führen Verff. die Untersuchungsergebnisse ihrer bakteriologischen Züchtungen aus 8 normalen und 138 pathologischen Wurmfortsätzen vor.

Zunächst ist die auffällige Tatsache festzustellen, daß sämtliche acht normalen Appendices zum Teil mehrere — bis zu sechs — Bakterienspezies enthielten, während 10% der pathologischen steril befunden wurden. Das Bakterium coli ist ein ständiger Bewohner des normalen Wurmfortsatzes. Nächstdem sind es der Bazillus des malignen Ödems und der anaerobe Pseudotetanusbazillus. Für die pathologischen Wurmfortsätze kann die Regel gelten, daß, je mehr sie verändert, desto weniger verschiedene Mikrobenarten darin enthalten sind. Von den im Intervall entfernten sind 10% steril, von den sog. Kystes appendiculaires 37%; der erkaltete periappendicitische Abszeß ist es in 75%. Verff. schließen nach der Entleerung solcher die Bauchhöhle ohne Drain.

Die Sterilität pathologischer Wurmfortsätze erklären Verff. durch die phagocytische Tätigkeit der lebhaften Leukocyteneinwanderung während des entzündlichen Stadiums. **Christel** (Metz).

---

7) **E. Villard** et **L. Pinatelle.** De la perforation des ulcères de la petite courbure, perforations hautes.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 5—7.)

Die Magengeschwüre an der kleinen Kurvatur haben manche Eigentümlichkeiten, die eine selbständige Behandlung derselben rechtfertigen. Zuvörderst scheinen sie eine besondere Prädisposition zu besitzen, indem die Zahl publizierter Fälle $1/3$ sämtlicher Beobachtungen perforierter Magengeschwüre ausmacht. Wenn man jedoch berücksichtigt, daß sich auf die kurze Strecke der kleinen Kurvatur — sie mißt ja nur etwa 7,5 cm — fast 75% aller Magengeschwüre zusammendrängen, so läßt sich gerade das umgekehrte — nämlich eine geringere Disposition zur Ruptur, durch welche vielmehr die große Kurvatur und die vordere Wand bedroht sind, erkennen. Denn erstlich brauchen die Geschwüre der kleinen Kurvatur den Bewegungen des Magens, besonders den durch Füllungszustände bedingten, nicht zu folgen; zweitens sind sie viel häufiger durch Verwachsungen von der Bauchhöhle abgeschlossen, als selbst nach den Statistiken sich ergibt, weil die am besten eingekapselten garnicht nach der Bauchhöhle perforieren; jedenfalls findet sich in wenigstens der Hälfte der Fälle durchgebrochener Geschwüre der kleinen Kurvatur vorausgegangene Adhäsivperitonitis, deren Membranen freilich oft nicht die nötige Widerstandskraft besaßen. Mehrfache Perforationen gleichzeitig fanden Verff. nur viermal vermerkt.

Für die Diagnose der Ruptur eines Geschwüres der kleinen Kurvatur kommt neben den allgemeinen Durchbruchsymptomen das häufigere Fortbestehen von Erbrechen in Betracht: bei hochgelegener Öffnung entleert sich der Mageninhalt weniger in die Bauchhöhle, und so bleibt es für etwa $2/3$ der Fälle während der Dauer der Erkrankung bestehen.

Ferner war meist die Anwesenheit eines Geschwüres schon längere Zeit vorher erkannt. Deshalb kann auch die Behandlung der Perforation, die sich langsam, schleichend vorbereitet, eine präventive sein, was die Gastroenterostomie erfüllt.

Für das Verhalten bei erfolgtem Durchbruche stellen Verff. etwa folgende Vorschriften auf: Natürlich ist die Indikation zum Eingriff absolut und dringend; selbst der Chok braucht nicht davon abzuhalten: Man operiere (v. Mikulicz, Kocher) mit Kokain bezw. Äther. Der Magen ist nicht zu entleeren; Austreten geringer Mengen des Inhaltes begünstigt die Auffindung des Loches. Der Einschnitt wird oberhalb des Nabels angelegt; hat man fälschlicherweise unterhalb des Nabels den Leib eröffnet, schließe man hier, und gehe zur oben bezeichneten Schnittführung über. Hat man die Durchbruchstelle gefunden, wird man immer dann die Naht ausführen, wo Beweglichkeit, geringe Ausdehnung, Festigkeit der Magenwand, Möglichkeit spannungslosen Aneinanderlegens der Ränder dies gestatten. Die Exzision des Geschwüres, meist zeitraubend, schwierig, gefährlich, ist an der kleinen Kurvatur

besonders wenig angezeigt. Wo jedoch die Bedingungen des Nahtverschlusses fehlen, ist das rationellste Verfahren die Drainage der Perforation nach außen, Abschließung der vorderen Magenwand gegen die übrige Bauchhöhle durch die Naht oder durch Einlegen von Gazestreifen. Oft wird sich diese Methode, die neunmal mit zwei Todesfällen ausgeführt wurde, selbst nach Ausführung der Naht empfehlen; die übrigen Erwägungen decken sich mit denen für Perforation des Magengeschwüres im allgemeinen.

Den Schluß der Arbeit bildet ein Exzerpt von 115 Publikationen und die Widergabe zweier persönlicher Beobachtungen der Verff.

Christel (Metz).

---

8) **Connell.** The treatment of haematemesis by gastro-enterostomy.

(Annals of surgery 1904. Oktober.)

Verf. klassifiziert die Methoden der Behandlung des Blutbrechens in direkte und indirekte. Zu den ersteren rechnet er die Exzision des Geschwürs, die partielle Gastrektomie oder Pylorektomie, die Unterbindung der Hauptarterien, die Kauterisation oder Abschabung des Geschwürs, die Umstechung der Schleimhaut oder der Ränder des Geschwürs. Zu den indirekten Methoden werden die Gastroenterostomie, die Pyloroplastik und die Gastrotomie gezählt. Meistens wird heute nach C. mit Unrecht nur die Gastroenterostomie ausgeführt; dieselbe genügt in vielen Fällen nicht, indem das Blutbrechen wiederkehrt. Es soll daher nach Möglichkeit die blutende Stelle selbst angegriffen und eventuell bei Magenerweiterung und Hyperchlorhydrie die Gastroenterostomie hinzugefügt werden. Nur wenn die blutende Stelle nicht auffindbar und angreifbar ist, soll man sich mit der Gastroenterostomie allein begnügen.

Herhold (Altona).

---

9) **Tiegel.** Über peptische Geschwüre des Jejunums nach Gastroenterostomie.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.

T. unterzieht sich der verdienstlichen Arbeit, alles, was bisher über peptische Geschwüre des Jejunums nach Gastroenterostomien bekannt und in der Literatur zerstreut ist, zusammenzufassen. Neben sechs neuen Fällen aus der v. Mikulicz'schen Klinik zählt er 16 Beobachtungen anderer Autoren auf, so daß er über 22 Fälle verfügt. Die Gastroenterostomie war stets wegen gutartiger Magenaffektionen ausgeführt worden; nach Gastroenterostomien wegen Karzinom ist bisher das peptische Geschwür nicht beobachtet worden. 16mal war die vordere, 5mal die hintere Anastomose angelegt worden, so daß die retrocolica in dieser Hinsicht weniger gefährlich zu sein scheint. Nach den klinischen Erscheinungen muß man zwei Gruppen von Fällen unterscheiden: in der einen tritt plötzlich ohne jede Vorboten die Perforation mit Peritonitis auf, in der anderen kommt es zu langsam

sich steigernden Beschwerden, das Geschwür verwächst mit der Umgebung, führt zu allmählicher Penetration in die Umgebung und zur Ausbildung beträchtlicher entzündlicher Geschwülste. Die bisherigen Erfolge chirurgischer Therapie lassen sehr zu wünschen übrig, so daß längere Versuche mit interner Behandlung zu empfehlen sind. Nur bei Perforationen kommt selbstverständlich die Operation allein in Frage.

Ätiologisch ist ohne Zweifel die peptische Wirkung des stark sauren Magensaftes auf die Nahtstellen in erster Linie heranzuziehen; auch Schädigungen der Schleimhaut bei der Operation und Zirkulationsstörungen spielen wohl eine Rolle. Wie weit die Operationstechnik, ob Naht oder Knopf, ob Anwendung von Darmklemmen mitschuldig ist, läßt sich noch nicht sagen. Jedenfalls mahnt das gesteigerte Vorkommen der peptischen Geschwüre dazu, bei gutartigen Magenaffektionen, wenn es irgend geht, die Gastroenterostomie zu vermeiden und durch physiologischere Methoden: Pyloroplastik oder Gastroduodenostomie zu ersetzen.

Haeckel (Stettin).

---

10) H. S. Clogg. Congenital intestinal obstruction.

(Lancet 1904. Dezember 24.)

Eine eingehende Besprechung des angeborenen Darmverschlusses an der Hand zweier eigener Beobachtungen. In einem Falle endete eine Dünndarmschlinge blind in einem Nabelbruchsack, das Colon ascendens war bandartig zusammengeschrumpft; bei dem anderen fand sich eine absolute Striktur von $^1/_2$ Zoll Länge am unteren Dünndarmende, durch die eine Sonde nicht hindurchgeführt werden konnte. Trotz der Operation endeten die Fälle, die 6 bezw. 4 Tage alt waren, tödlich. Gemäß der Literatur zeigt sich der Darmverschluß angeboren vornemlich an zwei Stellen, in der Duodenalpartie und am unteren Dünndarme. Unter 150000 Kindern wurde er 9mal in der Petersburger Statistik von Theremin gefunden. Was die Ätiologie des Leidens angeht, so hat man fötale Peritonitis (Simpson, Silbermann, Theremin, Fiedler, Cordes), Volvulus des Darmes (Gärtner, Carwardine), Ulzeration des Darmes (Markwald, Thorel), sowie Entwicklungsanomalien (Sutton u. a.) angenommen. Verf.s Ansichten sind zusammengefaßt folgende: die meisten, wenn nicht alle Mißbildungen am Duodenum hängen mit der Entwicklung der großen drüsigen Organe dieser Gegend zusammen; im Dünndarme stehen viele einfache Verschlüsse mit dem Meckel'schen Divertikel im Zusammenhange. Darmabschnürungen im Nabelringe sind für viele Fälle, und wahrscheinlich häufiger als bisher angenommen ist, von ätiologischer Bedeutung. Für einige wenige Fälle kommt zweifellos Volvulus in Betracht. Es ist nicht hinlänglich erwiesen, daß fötale Darmgeschwüre und auch wahrscheinlich fötale Peritonitis etwas mit dem angeborenen Darmverschluß zu tun haben. Die ungewöhnlichen Fälle, wo sich mehrere Abschnitte des Darmes als fehlend oder verengt erweisen, sind äußerst schwierig zu erklären und beruhen wohl zum Teil auf der Aktion mehrerer der genannten ätiologischen Fak-

toren. Operative Eingriffe waren bei dem Leiden bislang nie von Erfolg gekrönt. Als Idealoperation kommen die Enteroanastomie resp. die Gastroenterostomie in Betracht. Kot- resp. Ernährungsfisteln stehen als Palliativoperationen in zweiter Linie. Die oft bestehende hochgradige Kontraktion des distal von der Striktur gelegenen Darmteiles könnte, so meint Verf., event. durch Wasserdruck in geeigneten Fällen überwunden werden. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

11) **Peck.** Postoperative intestinal obstruction.

(Annals of surgery 1904. Oktober.)

Diejenige Art der Verstopfung, welche in den ersten 2 Wochen nach der Operation eintritt, läßt sich häufig durch Klistiere und Abführmittel heben; die später zur Beobachtung kommenden Fälle erfordern meist die Laparotomie, da die Stränge und Bänder, welche den Darmverschluß verursachen, bereits zu fest und stark geworden sind. Meistens tritt die Darmverengerung nach Operation bei mit Bauchfellentzündung komplizierter Appendicitis und bei eitriger Bauchfellentzündung, sowie nach der Operation eitriger Adnexerkrankungen ein. Die Prophylaxe besteht in folgendem: Nicht zu große Bauchdeckenschnitte, möglichst beschränkte Eventration der Därme, Bedecken aller rauhen Stellen mit Bauchfell, keine große Tamponade der Wunde, vielmehr nur sog. Cigarrettendrains, bei Adnexerkrankungen Drainage durch Douglas. Gleich nach der Operation ist eine blande Diät und Sorge für Darmentleerungen nötig. Die operative Therapie besteht in der Enterostomie, wobei der Schnitt durch die rechte Rektusscheide zu bevorzugen ist, da die Verengerung meistens ihren Sitz in der rechten oberen Bauchhöhle hat; unter Umständen ist eine Darmresektion notwendig, welcher jedoch, wenn angängig, eine Enteroanastomose mit Murphyknopf vorzuziehen ist. **Herhold** (Altona).

---

12) **W. A. Lane.** The operative treatment of the conditions of the gastrointestinal tract, which result from chronic constipation.

(Lancet 1904. Dezember 17.)

Verf. unterzieht die Folgezustände im Darme nach chronischer Verstopfung einer eingehenden Besprechung. Es werden behandelt: 1) die Dilatation mit korrespondierender Verlängerung gewisser Darmabschnitte; 2) die Fixation mit konsekutiver Atrophie der muskulären Darmwände. Sie wird in Zeichnungen näher erörtert und findet sich bei chronischer Obstipation in schwerem oder leichterem Grade im ganzen Dickdarme mit Ausnahme des Blinddarmgrundes und des Colon transversum. Die Fixation des aufsteigenden Kolon und seine Zerrungen nach dem Becken hin infolge des gestauten Kotinhaltes führen zu Lockerung der Nierenbefestigungen und zu rechtsseitiger Wanderniere. Die Fettabsorption im ganzen Organismus infolge der

Autointoxikation begünstigt diese Veränderungen. Nicht selten haben die so aus chronischer Verstopfung resultierenden Schmerzen zur Fehldiagnose der Nephrolithiasis Veranlassung gegeben. Neben der infolge der Fettabsorption auftretenden Schlaffheit nimmt die Haut bei der chronischen Verstopfung eine schmutzig graue Verfärbung an. Die operative Therapie des Leidens besteht in der Einpflanzung des untersten Dünndarmes (5—6 Zoll über der Klappe) in die Flexura sigmoidea. In der postoperativen Zeit ist auf tägliche Darmentleerung zu achten, da sonst retrograde Anfüllung des Dickdarmes bis zum Blinddarme hin eintritt. Sollte dieser unerwünschte Zustand sich ständig einstellen, so ist der Blinddarm, das Colon ascendens und event. auch das Querkolon bei dem inzwischen wieder wesentlich kräftiger gewordenen Pat. zu exstirpieren. Verf. rät dringend, mit der Einpflanzung nicht erst das äußerste Stadium abzuwarten.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

13) **Ries.** Mesosigmoiditis and its relations to recurrent volvulus of the sigmoid flexure.

(Annals of surgery 1904. Oktober.)

R. beschreibt die chronische Entzündung des Mesenterium sigmoideum, welche analog der Parametritis atrophicans chronica Freund's zu narbiger Schrumpfung des Gewebes führt. Die Folge davon ist ein mehr oder weniger starker Volvulus der Flexura sigmoidea, welcher operatives Einschreiten erfordert. Die Symptome bestehen in Verstopfung und zeitweiligem Erbrechen bei jenen Formen, in welchen der Verschluß der Flexura sigmoidea vorübergehend ist, in den Erscheinungen des Ileus dagegen, wenn es sich um einen dauernden Volvulus handelt. Der Mastdarm ist hierbei leer, die Flexura sigmoidea und auch häufig der Blinddarm stark gebläht. Pathologisch-anatomisch besteht diese Mesosigmoiditis aus einer Bindegewebswucherung mit Rundzelleninfiltration. Die Ursachen der Krankheit liegen meist in geschwürigen Prozessen der Schleimhaut der Flexura sigmoidea, von welchen die infektiösen Keime auf das Mesenterium sigmoideum geleitet werden. Auch Geschwüre in der Nachbarschaft, z. B. im Mastdarme, können die Mesosigmoiditis hervorrufen.

Die Therapie kann in leichteren Fällen mit Annähen des unteren Teiles des Mesenterium an die vordere Bauchwand auskommen, in schweren Fällen kann die Resektion der Flexura sigmoidea nötig werden. Eine Anastomose zwischen den beiden fixierten Punkten der Flexura sigmoidea anzulegen, verwirft R. Verf. selbst heilte einen leichteren Fall durch Annähen des Mesenteriums an die vorrede Bauchwand. Der Fall wird beschrieben.

Herhold (Altona).

---

14) **P. Duval** et **Ch. Lenormant.** Rectoplicature antérieure et myorraphie des releveurs de l'anus dans le traitement du prolapsus rectal.

(Revue de chir. Bd. XXIV. Nr. 5.)

Die relativ hohen Prozentzahlen von Rezidiven, womit die einzelnen Operationsmethoden des Mastdarmvorfalles belastet sind, zeigen zur Genüge, daß sie noch nicht ihr Ideal erreichen, und wahrscheinlich den anatomischen Verhältnissen zu wenig Rechnung tragen. Diese sind in erster Linie, neben der Erschlaffung des sog. Mesorektum, die abnorme Weite der Ampulle und die zu große Nachgiebigkeit des Beckenbodens, dessen Überdehnung sich beim Drängen deutlich sichtbar macht. Schließlich kommt der abnorme Tiefstand des Douglas, der oft genug Sitz einer Hydrokele ist, hinzu. Eine Operation, welche den Vorfall des ganzen Mastdarmes (After und Ampulle) heilen soll, hat diesen Faktoren Rechnung getragen durch

1) Restauration des Beckenbodens,
2) Verengerung der Ampulle,
3) Verödung des Douglas.

Verff. haben nun die von Gérard Marchant eingeführte Rectoplicature postérieure et rectopexie noch vervollständigt durch einen zweiten Akt, die rectoplicature anterieure nach vorhergehender Abbindung oder Vernähung des (hinteren) Douglas, und Anheftung der vorderen Ränder der Levatores ani an die gefaltete vordere Wand des Mastdarmes. Die Einzelheiten der Technik sind aus Text nnd Abbildungen leicht ersichtlich, der ideale Erfolg durch zwei Krankengeschichten belegt. **Christel** (Metz).

---

15) **Bayer.** Über die primäre Tuberkulose der Milz.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4. u. 5.)

Während Litten erklärte: »Die Tuberkulose der Milz als solche kann niemals Gegenstand der Therapie werden«, stellt B. acht Fälle aus der Literatur zusammen, in denen operiert wurde, und fügt einen neuen, von Bardenheuer operierten, hinzu. In sieben dieser Fälle erzielte man Heilung, zwei endeten tödlich im Anschluß an die Operation. Stets wurde die Milz vollständig entfernt, nur in einem Falle war die Milz mit dem oberen Pole fest verwachsen, nur der untere von Abszessen durchsetzt; er wurde eingenäht und extraperitoneal eröffnet, z. T. entfernt; es erfolgte Heilung. — B. führt ferner aus der Literatur 19 obduzierte Fälle auf, die beweisen, daß es in der Tat eine primäre isolierte Tuberkulose der Milz gibt. Zum Schluß bespricht er den Unterschied der in der letzten Zeit öfters als »Hyperglobulie mit Milztumor« beschriebenen Erkrankung und der Milztuberkulose und entscheidet sich dafür, daß beide nicht als identisch zu erachten sind. **Haeckel** (Stettin).

Kleinere Mitteilungen.

Über Hedonal-Chloroformnarkose.

Von

W. Mintz,

Chirurg am Alt-Katharinenspital zu Moskau.

Krawkoff und Fedoroff empfahlen 1903, den Pat. vor der Chloroformnarkose Hedonal (bis zu 5 g) zu verabreichen. Durch seine narkotische Wirkung soll es einmal den Pat. über die Aufregung der letzten Stunden vor der Operation hinweghelfen; dann aber soll dadurch die zur Narkose notwendige Chloroformmenge vermindert und durch die im Hedonal enthaltene Amidogruppe die Herztätigkeit angeregt werden.

Meinen Ausführungen liegen 175 Hedonal-Chloroformnarkosen zugrunde (bei 128 Männern und 47 Frauen).

Männer bekamen bis zum 12. Lebensjahre 2 g Hedonal (6), bis zum 17. 3 g (12); darüber hinaus 4 (74) und 5 g (36).

Der Hedonalschlaf blieb in 44 Fällen aus, und zwar nach 2 g 2mal, nach 3 g 2mal, nach 4 g 25mal und nach 5 g 15mal.

Frauen bekamen bis zum 14. Lebensjahre 2 g (4), darüber hinaus 3 g (15), häufiger 4 g (25) und selten 5 g (1).

Der Hedonalschlaf blieb in 13 Fällen aus, und zwar nach 2 g 1mal, nach 3 g 3mal, nach 4 g 8mal und nach 5 g 1mal.

Die schlafmachende Wirkung des Hedonals versagte also in 57 von 175 Fällen.

Das Hedonal wurde meist $1^1/_4$ (22), $1^1/_2$ (59), $1^3/_4$ (12) und 2 (29) Stunden vor Beginn der Narkose verabfolgt. In seltenen Fällen $^1/_2$—1 und $3^1/_2$—$2^3/_4$ Stunden vorher. Diese Schwankungen erklären sich durch Häufung mehrerer Operationen auf einen Vormittag. In den Fällen, wo die Hedonalwirkung ausblieb, hatte dasselbe nicht weniger als 1 Stunde gewirkt.

Das Gros der Pat., die eingeschlafen waren, erwachte nach kürzerem oder längerem Schlafe, meist auf dem Transport zum Operationszimmer. Geschah das nicht, so störte sie das Waschen des Operationsfeldes auch nicht, wenn dieses nicht schon vorher besorgt worden war.

An Stelle von Schlaf traten häufig depressive und irritative psychische Erscheinungen auf: Weinen, Lachen, Witzelsucht, Lärmen, Schimpfen. Manche klagten über einen rauschähnlichen Zustand oder über quälende Schlaflosigkeit.

Chloroformiert wurde nach der Skinner-Witzel'schen Tropfmethode.

Zu Beginn der Narkose stellte sich Exzitation 76mal ein, bei Männern 71-, bei Frauen 5mal. Äußerst heftige Exzitation notierten wir 17mal.

Erbrechen trat vor Eintritt und während der Narkose 32mal ein, bei Männern 12mal, bei Frauen 20mal.

Nach Erwachen aus der Narkose trat Erbrechen 28mal ein, bei Männern 18mal, bei Frauen 10mal.

In 13 Fällen konnte trotz Hedonal und Chloroform keine volle Narkose erzielt werden; in 2 Fällen trat dieselbe erst nach Zusatz von Äther ein.

Bei der gewöhnlichen Chloroformnarkose entspricht dem Eintreten voller Analgesie folgender Symptomenkomplex: Enge reaktionslose Pupille, Fehlen des Cornealreflexes, langsamer Puls. Bei der Hedonal-Chloroformnarkose läßt derselbe uns vollkommen im Stiche — die Pat. reagieren trotzdem auf den Hautschnitt. Der Narkotiseur ist deshalb nicht genau über den Eintritt der Analgesie resp. vollen Narkose orientiert.

Nach Verabreichung von Chloroform schliefen die Pat. nach 10—15 Minuten ein (127); nach 20—30 Minuten 24, nach weniger als 10 Minuten 11.

In voller Narkose trat besonders häufig anhaltende ausgesprochene Blässe ein — 57mal —, bei Männern 41mal, bei Frauen 16mal.

Cyanose trat 13mal auf; mechanisch asphyktische Erscheinungen resp. Erkrankungen der Respirationswege kommen natürlicherweise nicht in Betracht.

Andauernde Pupillenerweiterung in voller Narkose notierten wir 14mal.

Arhythmie trat 5mal ein.

Ausgesprochene Pulsschwäche trat in voller Narkose 13mal ein[1], in 4 Fällen wurden Excitantia und Kochsalzinfusion nötig.

Schwere Synkope trat bei einer 27jährigen, sonst vollkommen gesunden Dame während einer Appendektomie in der 15. Minute der vollen Narkose nach Verabreichung von ca. 15 g Chloroform, während der Darmnaht, ein. Plötzliche maximale Erweiterung der Pupillen, Aussetzen des Pulses machte 10 Minuten lange künstliche Atmung nötig, bevor Puls und Pupille zur Norm zurückkehrten.

Exzitation nach Erwachen aus der Narkose trat bei Männern 8mal, bei Frauen 2mal ein.

Bei einem 24jährigen Manne kam es nach einer Osteotomie der Tibia zu so heftiger Exzitation, daß er sich eine Fraktur der Fibula zuzog. $1^1/_2$ Monate später unterwarf ich ihn einer Morphium-Chloroformnarkose — die Exzitation nach der Narkose blieb aus.

Weckversuche scheinen überhaupt das Auftreten von Exzitationszuständen nach Hedonal-Chloroformnarkose zu begünstigen.

Ich verfüge über einige Fälle von wiederholter Hedonal-Chloroformnarkose an ein und demselben Pat.

1) 41jähriger Mann. Erste Narkose: Schläft nach 5 g Hedonal; nach Chloroformverabreichung Exzitation. Narkose nach 15 Minuten. In 60 Minuten 35 g Chloroform. Zweite Narkose: Kein Schlaf nach 5 g Hedonal; Pat. lärmt und schreit. Nach Chloroformzusatz heftige Exzitation; Narkose nach 15 Minuten. In 50 Minuten 25 g Chloroform. Dritte Narkose: Schläft nach 4 g Hedonal; nach Chloroformzusatz heftige Exzitation. Schläft nach 15 Minuten. In 40 Minuten 30 g Chloroform.

Von Interesse ist die unbeständige Wirkung des Hedonals und das konstante Einsetzen der Exzitation.

2) 41jähriger Pat. Erste Narkose: Schläft nach 5 g Hedonal; nach Chloroformzusatz Exzitation. Schläft nach 25 Minuten ein. In 95 Minuten 85 g Chloroform (Excisio laryngis). Zweite Narkose: Nach 5 g Hedonal kein Schlaf. Im Beginn der Narkose Exzitation; keine volle Narkose zu erzielen. In 55 Minuten 35 g.

Hier ebenfalls Inkonstanz der Hedonalwirkung und regelmäßiges Einsetzen der Exzitation.

3) 20jähriger Pat. Erste Narkose: Schläft nach 5 g Hedonal. Nach Chloroformzusatz Erbrechen; schläft nach 15 Minuten. In 65 Minuten 50 g Chloroform. Zweite Narkose: Nach 4 g Hedonal kein Schlaf. Nach Chloroformzusatz Schlaf in 10 Minuten. Verbraucht in 75 Minuten 45 g.

4) 43jähriger Pat. Erste Narkose: Schläft nach 5 g Hedonal. Nach Chloroformzusatz Exzitation. Schläft nach 15 Minuten. In 70 Minuten 63 g Chloroform. Zweite Narkose: Schläft nach 5 g Hedonal. Im Beginne der Narkose Exzitation. Verbraucht in 70 Minuten 40 g Chloroform.

Bei der individuellen Verschiedenheit des Alters, der Art und der Lokalisation des operativen Eingriffes kann ich keine Durchschnittszahl für den Chloroformverbrauch pro Minute geben. Die weiter unten angeführten Zahlen geben jedoch einen gewissen Überblick, der zeigt, daß der Hedonalzusatz das Chloroformquantum weder herabsetzt, noch individuelle Schwankungen nivelliert.

---

[1] Auf dem Russischen Chirurgenkongreß 1903 berichtete Zeidler über 4 Fälle von exquisiter Pulsschwäche im Verlaufe von Hedonal-Chloroformnarkose.



Narkosendauer Minuten	Männer Gramm	Frauen Gramm
15	4, 15	—
25	8, 10, 15, 12, 10	10, 16
30	10, 7, 28, 38, 28, 38, 24, 47, 30, 33	12, 14
35	35, 10, 20, 20, 21, 20, 28, 25	11, 12
40	20, 20, 22, 25, 23, 30, 27, 24, 26, 35	30, 22, 22, 40
45	30, 18, 30, 40, 30, 40, 20, 21, 50, 30, 35, 30, 73	25, 45
50	50, 21, 40, 25, 25, 40, 29, 30, 50	30, 30, 25
55	29, 65, 26, 30, 35, 35, 30, 64	42
60	35, 30, 22, 35, 50, 50, 55, 88, 30, 40, 35	35, 30, 30, 50
65	35, 50, 105, 70	40, 25
70	45, 40, 57, 63, 28, 40, 40, 40, 60, 60, 32	25
75	65, 70, 115, 41, 55, 52, 45	45, 35
80	65, 59, 54	80, 20, 25
85	60	—
90	57, 80	43, 55
95	40, 85	—
100	41	42
105	43, 60, 75	75
110	77, 95	—
115	—	52
125	—	63

Nicht zugunsten einer Erhöhung der Chloroformwirkung durch Hedonal spricht der Umstand, daß es manchmal erst durch Ätherzufuhr gelang, volle Narkose zu erzielen.

Die obigen Ausführungen beweisen also nicht nur die Unbestimmtheit in der Dosierung, sondern auch den Wechsel der Resorbierbarkeit des Hedonals. Die gleiche Dosis wirkt bald schlafmachend, bald nicht. Andererseits findet sich im Erbrochenen häufig ungelöstes Hedonal, trotzdem Schlafwirkung eingetreten war.

Das Ausbleiben des Hedonalschlafes in einer großen Zahl von Fällen finden wir auch bei Podhorezki[2] 41mal an 50 Frauen einer Gebäranstalt (nach Dosen von 2 g). Seine Pat. wurden soporös und klagten über Schwere in Kopf und Gliedern. Wir begegnen ferner einer häufigen Exzitation im Beginne der Narkose, bei Männern 71mal, bei Frauen 5mal. Erbrechen im Beginne der Narkose kommt bei Frauen fast in der Hälfte der Fälle vor, bei Männern seltener; Podhorezki beobachtete dasselbe in 14 von 50 Fällen. Das Erbrechen ist ja weniger intensiv, das ist aber auch einer der Vorzüge der reinen Chloroformtropfnarkose.

Die Kombination mit Hedonal ist ferner nicht imstande, die lähmende Wirkung des Chloroforms zu kompensieren, soweit dieselbe in anhaltender Pupillenerweiterung, Arhythmie des Pulses und Pulsschwäche bis zur Synkope ihren Ausdruck findet.

Hier muß ich erwähnen, daß Raimann (cf. weiter unten bei Rosenthal) im Gegensatze zu Dreser an Tieren Hedonalschlaf mit Temperaturerniedrigung und Herabsetzung der Pulskurve hervorrufen konnte. Biancone notierte nach Hedonalgaben ein Sinken des Blutdruckes um 30 mm und Pulsverlangsamung.

[2] Deutsche med. Wochenschrift 1904.

Von nachteiligen Erscheinungen nach Hedonalzusatz kommen starke Blässe, Cyanose (Podhorezki (5mal von 50 Fällen) in voller Narkose in Frage. Es kann sich hier nur um nachteilige Wirkung auf das Atmungszentrum handeln. Sollte das aber Chloroformwirkung sein, dann nützt auch hier das Hedonal nichts. Ich nenne ferner die Exzitation nach der Narkose und schließlich das Vermischen der Symptome, welche den Eintritt voller Analgesie beweisen.

Bei Rosenthal (Korsakoff'sches Journal 1901) findet sich eine Aufzählung der Nebenwirkungen des Hedonals. Wir finden daselbst »Schwindel«, »Schwarzwerden vor den Augen«, »Ohrensausen«, »Gehörsschwäche« bis zu 14 Tagen nach zweimaliger Einnahme von 1 g Hedonal, »Magenschmerzen«, »Kopfschmerzen«, »Erbrechen«, »Somnolenz« am folgenden Tage, »leichte Erregung«.

Rosenthal resümiert die in der Literatur niedergelegten sowie seine eigenen Erfahrungen dahin, daß das Hedonal ein zwar ungefährliches, aber schwaches (zweimal schwächer als Chloral) Hypnotikum ist, das für leichte Fälle von Agrypnie und Exzitation, nicht aber für schwere Fälle passe. Es schmeckt sehr schlecht, löst sich schwer und ist teuer.

Lederer beschreibt einen Fall von Hedonalintoxikation (Wiener klin.-therap. Wochenschrift 1904 Nr. 16). Hier finden wir einen Teil der Nebenwirkungen vertreten, die ich oben erwähnte.

Nach Einnahme von 8 g nach dem Mittagessen trat 15 Minuten nachher Erbrechen ein. Allgemeine Decken blaß, Gesicht cyanotisch, Pulsfüllung gering, Spannung 85 (Gärtner's Tonometer), Frequenz 100. Pupillen mittelweit, reagieren auf Lichteinfall, Cornealreflexe vorhanden, Sensorium frei. — Im Laufe des Tages Schüttelkrämpfe, Zähneknirschen, Aufgeregtsein, Schmerzen in der Magengegend, Pulsschwäche, Durstgefühl, Speichelfluß, Albuminurie, Polyurie. Ein Teil des Hedonals war durch Erbrechen wieder entleert worden.

Lederer schreibt, auf Experimente von Schmiedeberg, Lange, Döllken u. a. gestützt, die erregende Wirkung des Hedonals dem Urethangehalte, speziell der Amidogruppe, zu und meint, daß es sehr leicht möglich sei, daß sich die schlafwirkende Komponente (Alkoholgruppe) mit der erregenden (Amidogruppe) in manchen Fällen so kombiniere, daß eine geringe Schlafwirkung das Resultat sei.

Der einzige Vorteil der kombinierten Hedonal-Chloroformnarkose läge in der Ausschaltung der seelischen Aufregung vor der Operation. Die Wirkung bleibt aber, wie wir gesehen haben, nur zu häufig aus. Wenn weiter behauptet wird, daß die Amidogruppe auch pulsverstärkend wirkt, so stehen uns doch viel wirksamere Mittel zu Gebote (Tinct. strophanti, Strychnin usw.).

Die Streitfrage spitzt sich dahin zu, ob wir berechtigt sind, aus humanen Gründen vor der Chloroformnarkose Bewußtseinsverlust durch nicht gleichgültige Narkotika herbeizuführen. Meiner Meinung nach ist das Mittel zu heroisch. Durch Darreichung von Gegengiften werden wir wohl kaum im 60jährigen Kriege gegen das Chloroform siegen — eher schon durch allmähliche Verdrängung durch örtliche Anästhesie.

---

16) **Clarke.** Adenoma of sebaceous glands of the abdominal wall.

(Annals of surgery 1904. Oktober.)

C. exstirpierte bei einem Mädchen aus der Bauchwand eine 5 cm im Quadrat große Geschwulst, welche sich aus sieben Cysten zusammensetzte. Mikroskopisch wurde festgestellt, daß in einem bindegewebigen, teils hyalin degenerierten Stroma Alveolen von wechselnder Gestalt lagen, angefüllt mit vielgestaltigen Zellen, welche teilweise einer schleimigen Degeneration anheimgefallen waren. Es handelte sich um ein von dem Infundibulum der Hauttalgdrüsen ausgehendes Adenom.

Herhold (Altona)



17. **M. Löhlein.** Über Peritonitis bei eitriger Lymphangitis des Ductus thoracicus.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVII. p. 269.)

Verf. berichtet über die Autopsiebefunde von zwei Pat., bei denen es infolge einer Verletzung des linken Armes zu einer phlegmonösen Entzündung und zu einer eitrigen Lymphadenitis in der Achselhöhle gekommen war. Von dort war die Entzündung bis auf den Endteil des Ductus thoracicus gelangt, hatte zu einer eitrigen Entzündung desselben, sowie zum Verschluß seiner Einmündungsstelle und zur Bildung eines parietalen Thrombus in der Vena subclavia geführt. In der infolge des behinderten Abflusses stagnierenden Lymphe haben sich die Streptokokken dann bis in den retroperitonealen Lymphapparat verbreitet und auf diesem Wege eine Infektion der Bauchhöhle verursacht.

Am Schluß der Arbeit findet sich eine Besprechung der wenigen bisher veröffentlichen Fälle von eitriger Entzündung des Ductus thoracicus.

Doering (Göttingen).

18) **B. Carlson.** Einige Formen chronischer Peritonitis in der linken Seite des Bauches.

(Hygiea Jahrg. 66. Folge II. Jahrg. 4. p. 515. [Schwedisch.])

In der linken Seitengegend des Bauches, d. h. in der Fossa iliaca sin. und dicht oberhalb derselben, sind früher zwei verschiedene typische Formen chronischer Peritonitis beschrieben, eine von Gersuny, eine von Riedel. In den letzten Jahren ist Verf. zwei Fällen von ausgedehnten Verwachsungen an der genannten Stelle begegnet, und zwar von einer Form, die er nirgends erwähnt gefunden hat. Da sie völlig miteinander übereinstimmen, einen ganz besonderen Typus zeigen und außerdem sehr schwere Krankheitserscheinungen hervorgerufen haben, scheint es Verf. zulässig, in der vorliegenden Arbeit sie eingehender zu erörtern, da wahrscheinlich ähnliche Beobachtungen andererseits nicht fehlen, obschon sie nicht veröffentlicht sind.

Verf. liefert zuerst eine kursorische Übersicht über die in der Weltliteratur niedergelegten Beobachtungen über chronische Peritonitis, die Einteilung der Formen und die Ursachen der Krankheit. Virchow, Maydl, Bandl, Lauenstein, Lennander, Riedel, v. Bonsdorff, Schuchardt, Perman, Gersuny u. a. m. haben sich mit der vorliegenden Frage beschäftigt. — Wäre es möglich, in allen Fällen die Ursache und den Ausgangspunkt der Verwachsungen festzustellen, dann würde eine Einteilung nach dem Entstehungsorgane die natürlichste und richtigste sein. Da man jedoch meist über diese Fragen in Unsicherheit ist, scheint dem Verf. am einfachsten und leichtesten die Einteilung nach den Regionen des Bauches zu sein.

Da die chronische Peritonitis in den meisten Fällen aus einer akuten hervorgeht, erscheint Verf. die Einteilung die richtigste, welche sowohl die Stellen vorzugsweise berücksichtigen, wo die akute Peritonitis erfahrungsgemäß am häufigsten entsteht, als auch die Bahnen hervorhebt, in welchen die akute Entzündung sich vorzugsweise ausbreitet. In dieser Beziehung scheint ihm die Lennander'sche Einteilung am wertvollsten, die, aus der Arbeit über akute eitrige Peritonitis in Kocher's chirurgischer Enzyklopädie bekannt, hier nicht wiedergegeben zu werden braucht. Daneben sind der Gersuny'sche (Wiener klin. Wochenschrift 1899 Nr. 22) und der Riedel'sche (Mitteilungen aus den Grenzgebieten 1897 Bd. II) Typus der peritonealen Verwachsungen zu nennen, welche Verf. in der vorliegenden Arbeit als Gruppe I bezw. III mit dem seinigen (Gruppe II) zusammenstellt. Ref. muß sich beschränken, in aller Kürze den anatomischen Befund in den vom Verf. operierten zwei Fällen wiederzugeben. »Flexura sigmoidea ist in ihrer ganzen Länge mitsamt dem hinteren Blatte des Mesosigmoideum durch alte Flächenverwachsungen fest mit dem Peritoneum parietale verwachsen, so daß der Darm in der Furche zwischen der vorderen und hinteren Bauchwand und längs der Furche hinauf dicht auf der Crista ilei liegt; nur ein kleiner Teil des Darm-

umfanges, der dem Mesenterialansatz am nächsten liegt — nächst dem medialen (oberen) Blatte — war von Verwachsungen frei. Das Darmrohr war sehr eng, etwa einen Finger weit, seine Wand sehr dick und fest. Im Mesenterium erschienen weder sehnenglänzende Partien noch narbige Schrumpfungen.«

Die beiden Krankengeschichten, die Symptome von sog. chronischem Ileus zeigen, sollen hier nicht wiedergegeben werden. In der Epikrise kommt Verf. zum Schluß, daß es sich wahrscheinlich einst um einen ulzerösen oder katarrhalischen Prozeß gehandelt hat, der die Peritonealreizung, welche die Verlötung herbeiführte, hervorrief.

In der letzten Abteilung seiner Arbeit erörtert Verf. ausführlich die Diagnose und Differenzierung der betreffenden Krankheit. Die Therapie, welche bisher sehr umstritten war, muß eine chirurgische sein, sobald Ileusanfälle sich eingestellt haben, oder schwere Schmerzen, Verstopfung, die allen anderen Behandlungsmethoden trotzen, sowie auch langdauernde Blutungen sich einstellen.

Hansson (Cimbrishamn).

19) **P. L. Friedrich.** Über den Nutzen der funktionellen Ausschaltung großer Darmabschnitte bei septischer Peritonitis.

(Med. Klinik 1905. Nr. 2.)

Eine ältere Frau wies neben einer durch Verlagerung eines brandigen Schenkelbruches entstandenen Kotfistel eine auf die untere Hälfte des Leibes begrenzte Peritonitis auf. Daß ein Teil des Darmes daran nicht beteiligt war, bewies auch der Abgang von Kot und Winden durch die Fistel. Bei der Laparotomie erwies sich der von der Brandfistel abwärts zum Dickdarme führende, 3 m lange Dünndarm in zum Teil eitrig-kotigen Erguß eingebettet, der obere Dünndarm dagegen entzündungsfrei. Die Lichtung des gesunden Dünndarmes wurde mit der Lichtung des Querkolons verbunden, der ganze dazwischenliegende Darm — 4 m — ausgeschaltet. In einer späteren Sitzung wurde der den Fistelteil tragende Darmabschnitt reseziert und entfernt, während die ehemals peritonitische Darmschlingenmasse mit dem halben Kolon, für die Zukunft von aller Verdauungstätigkeit ausgeschlossen, in der Bauchhöhle verblieb. Die Genesung schritt schnell vorwärts zu voller Heilung und Kräftigung.

Es gelingt demnach selbst bei septischer Bauchfellentzündung, die Darmtätigkeit teilweise und damit das Leben zu erhalten, wenn für die Kotfortbewegung des noch arbeitenden Darmteiles nicht durch den peritonitisch gelähmten Darmabschnitt ein unüberwindbares Hindernis entsteht. Die Darmserosa kann sich der septischen Infektion erwehren, wenn die Peristaltik unangetastet bleibt.

G. Schmidt (Berlin).

20) **E. S. Perman** (Stockholm). Über die Indikationen zur Operation bei Appendicitis nebst Bericht über operierte Fälle im Kraukenhause Sabbathsberg.

(Hygiea Jahrg. 66. Folge II. Jahrg. 4. p. 797. [Schwedisch.])

Während der 5 Jahre vom 1. Juni 1899 bis 31. Mai 1904 sind im Krankenhause Sabbathsberg 268 Pat. wegen Appendicitis operiert worden, von ihnen 171 im akuten Anfalle mit 38 Todesfällen = 22,16% Mortalität (nur 27 von diesen Fällen sind während der ersten 48 Stunden operiert worden, weil die meisten spät ins Krankenhaus gekommen sind); 97 mit einem Todesfalle (spätem Chloroformtod) sind im freien Intervall operiert worden. Von den im akuten Anfall Operierten kommen auf 105 mit begrenzter eitriger Peritonitis 12 Todesfälle, auf 47 mit diffuser (freier) Peritonitis 26 Todesfälle; 19 Fälle von akuter Appendicitis ohne verbreitete Peritonitis heilten ohne Todesfall.

Verf. ist Anhänger der Frühoperation und ist der Meinung, daß die Operation, richtig ausgeführt, an sich in jedem Krankheitsstadium wenig gefährlich ist. Geht es unglücklich, so ist nicht die Operation daran schuld, sondern der Umstand, daß sie zu spät gekommen ist. Verf. gibt deswegen den Rat, daß der praktische

Arzt, wenn er zu einem Falle gerufen wird, bei dem er die Diagnose Appendicitis stellen kann oder für wahrscheinlich hält, sofort einen Chirurgen rufe oder den Kranken in eine chirurgische Krankenhausabteilung sende, wenn er nicht am Anfange des 2. Tages nach dem Beginne der Krankheit überzeugt ist, daß der Anfall sich im Rückgange befindet. — Jedem Pat., der einen deutlichen, wenn auch leichten Anfall von Appendicitis gehabt hat, soll man die Intervalloperation vorschlagen. (Selbstbericht.)

21. **Alglave** et **Boisseau.** Laparotomie pour une perforation qui n'existait pas.

(Tribune médicale 1904. p. 342.)

43jähriger Pat., bei welchem sich in der 9. Woche eines Typhus plötzlich alle charakteristischen Symptome einer Darmperforation einstellten: rascher Temperaturabfall, fadenförmiger, sehr beschleunigter Puls, heftige Schmerzen, grünliches Erbrechen, Druckschmerzhaftigkeit des Leibes usw. Bei der Laparatomie konnte jedoch trotz genauester Absuchung des Darmes keine Perforation gefunden werden, auch sonst fehlten alle Zeichen einer solchen; der einzige pathologische Befund waren ausgedehnte falsche Membranen im Bereiche des stark injizierten Ileums, welche auf eine Strecke von mehr als $1^1/_2$ Metern gelöst wurden. Alle Erscheinungen gingen sogleich nach der Operation zurück, der Typhus nahm seinen normalen Verlauf weiter. Heilung. Der Eingriff hatte anscheinend einen günstigen Einfluß auf den ganzen Verlauf der Erkrankung ausgeübt. **Mohr** (Bielefeld).

22) **H. Riedl.** Die Erfolge der Radikaloperation bei Kruralhernien nach der Methode von F. Salzer.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 40.)

Gegenüberstellung der Ergebnisse, die im Linzer allgemeinen Krankenhause (A. Brenner) im Zeitraume von 1894 bis 1903 an insgesamt 288 Fällen von Schenkelbrüchen (61 Männer, 227 Frauen) mit der Salzer'schen Methode (Verschluß des Kruralringes mit einem Fascien-Muskellappen aus der F. pectinea) erzielt wurden, mit denen aus den Jahren 1889 bis 1903, in welchen aus verschiedenen Gründen die Herniotomie ohne Radikaloperation ausgeführt wurde (100 Fälle, davon 15 Männer, 85 Frauen).

Während bei letzteren im ganzen in 55,8% ein dauernder Erfolg eingetreten war (33,3% bei Männern, 59,4% bei Frauen), gab es bei Anwendung der Salzer-schen Methode 92,5% Dauerheilungen (96% bei Männern, 91,4% bei Frauen). Die Zahlen haben natürlich nur eine beschränkte Gültigkeit, da von einer Reihe von Pat. Nachrichten nicht einliefen, sind indessen in ihrer Gegenüberstellung von weit größerem Werte. **Hübener** (Dresden).

23) **E. Quénu.** Des ostéomes de l'intestin.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 7.)

Die 40jährige Kranke, um die es sich handelt, wurde nach längerem Leiden wegen klinischer Anzeichen von Darmstenose am 24. Juli 1901 ein erstes Mal laparotomiert — ohne daß eine stenosierte Stelle zu finden war. Die Beschwerden nahmen zu an Heftigkeit, so daß am 21. Dezember 1901 nochmals der Leib eröffnet werden mußte. Dabei wurde eine harte Stenose im Dünndarm entdeckt, und eine 23 cm lange Darmpartie mit entsprechendem Mesenterium, das vergrößerte Drüsen enthielt, entfernt. Die von Landel ausgeführte mikroskopische Untersuchung ergab den seltsamen Befund wirklichen Knochengewebes neben einer Formation, die kaum anders als mit der Bezeichnung alveoläres Sarkom belegt werden könnte. Klinisch kann die Bildung als sarkomatöse nicht betrachtet werden: Das Darmsarkom wächst rapid, und äußert sich kaum durch Darmstenosesymptome (2mal unter 45 Fällen). Auf Grund einiger Tierbefunde glaubt Q. vielmehr, daß eine primäre Ossifikation aus glatten Muskelfasern durch Reizwirkung einen entzündlich verengenden Vorgang ausgelöst habe. **Christel** (Metz).

24) **Mosskowicz.** Totale Ausschaltung des Dickdarmes bei Colitis ulcerosa.

(Mitteiluugen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

M. legte bei Colitis ulcerosa einen künstlichen After am Colon transversum an und behandelte das peripher von dieser Öffnung gelegene Stück des Darmes mit adstringierenden Mitteln. Es trat danach eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens ein. Als nach einem halben Jahre die Kranke dringend die Beseitigung des Kunstafters forderte, exstirpierte M. das periphere Stück, also das halbe Colon transversnm, Colon descendens und sigmoideum. Die beabsichtigte Einpflanzung des Endes des Colon transversum in den Mastdarm unterblieb wegen Schwäche der Kranken. 2 Tage nach dem Eingriffe Tod an Peritonitis. Die Untersuchung ergab, daß distal vom Kunstafter die Heilung sehr gut im Gange war, es war fast völlige Vernarbung eingetreten, während proximal davon die ganze Schleimhaut des Kolon von Geschwüren übersät war. M. schließt daraus, daß man bei der Erkrankung den Kunstafter am Dünn- oder Blinddarm anlegen soll; die Ausschaltung eines Teiles des Dickdarmes oder nur des Sigmoideum genügt nicht, wie Nehrkorn es empfohlen hatte. M. empfiehlt also, bei Colitis ulcerosa zunächst am Blinddarm eine Fistel anzulegen und den Dickdarm längere Zeit mit Durchspülungen zu behandeln. Erfolgt darauf keine Heilung, so schlägt er vor, den Blinddarm in den After einzupflanzen und so den Dickdarm ganz auszuschalten; darauf hinzielende Tierexperimente werden mitgeteilt. **Haeckel** (Stettin).

25) **J. Bayer.** Primäre Tuberkulose der Milz.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

26) **Bardenheuer** und **Böger.** Splenektomie bei Milzruptur.

(Ibid.)

Die erste Arbeit ist ein Separatabdruck der Mitteilungen aus den Grenzgebieten für Medizin und Chirurgie 1904 Hft. 4 u. 5.

In der zweiten werden zwei Fälle von Milzruptur mitgeteilt, die durch Exstirpation des jedesmal schwer verletzten Organs zur Heilung kamen. In einem Falle bestand noch ein beträchtlicher Riß im Pankreasschwanze, der durch tiefgreifende Catgutnähte versorgt wurde. Das sicherste Verfahren bei der Behandlung der Milzruptur ist die Exstirpation des verletzten Organs, nur bei kleinen, nicht tiefgreifenden Rissen kann auch die Naht in Frage kommen. Von 52 Fällen von Splenektomie bei Milzruptur sind 32 geheilt, 20 gestorben.

Müller (Dresden).

27) **L. Ombrédanne** et **A. Martin.** Angiome de la rate. Splénectomie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Bd. LXXIX. Nr. 1.)

Die leider sehr kurze Mitteilung besagt nur, daß die 31jährige Trägerin der Geschwulst — über deren Größe und Gewicht wir nichts erfahren — sehr abmagerte. Die freigelegte Milz sah grauviolett aus, und über die Außenwand ragten mehrkammerige, durchscheinende Kysten. Die Erweiterung betraf hauptsächlich die Lymphräume-Lakunen, weniger die Gefäße selbst. **Christel** (Metz).

28) **Lossen.** Zur Kenntnis des Banti'schen Symptomenkomplexes.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

L. gibt einen charakteristischen Fall Banti'scher Krankheit aus der Lichtheim'schen Klinik, der wegen des genauen Studiums der Venenverhältnisse von Wichtigkeit ist. Ein 24jähriges Mädchen hatte eine große Milzschwellung und beträchtliche Anämie; zur Annahme einer Lebercirrhose berechtigte nichts im Krankheitsbilde. Es fehlten alle Zeichen einer Stauung im Pfortadergebiet, sowie jede

Spur von Ikterus; die Leber war von normaler Größe. Also eine Unterscheidung zwischen einfacher Anaemia splenica und dem ersten Stadium des Morbus Banti war nicht möglich, da man in beiden Fällen die Splenektomie mit Erfolg ausgeführt hat, so wurde sie auch hier angeraten. Die Operation stieß auf ganz unerwartete Schwierigkeiten infolge der enormen Entwicklung der venösen Gefäße der Milz und der großen Brüchigkeit ihrer Wandungen; wenigstens indirekt ist der ungünstige Ausgang darauf zurückzuführen, indem dadurch die Dauer der Operation außerordentlich verlängert und die Gefahr einer Infektion erhöht wurde. 16 Tage nach der Operation starb die Kranke an subakuter, eitrig-fibrinöser Pleuritis. Bei der Sektion fand sich Dilalation und Sklerose der Vena lienalis nicht nur, sondern auch der übrigen Pfortaderwurzeln. Die Mesenterialvenen, die V. coronaria usw. waren stark erweitert und geschlängelt und zum Teil thrombosiert; hinter der Stelle der entfernten Milz fand sich ein mächtiges Konvulat von variköeen Venen. An der Innenfläche der Venen des Pfortaderwurzelgebietes, sowie der V. portarum und ihrer Äste fanden sich zahlreiche leistenförmige oder plattenförmige Verdickungen, während die Wand im allgemeinen nicht verdickt war. Diese sklerotische Affektion des Pfortaderstammes, seiner Äste und Wurzeln, die auch sonst in der Literatur bei Banti'scher Krankheit beschrieben ist, hält L. für eine primäre Veränderung, die Trombose für sekundär. L. ist nicht der Ansicht, daß die Milzhyperplasie eine Folge der Venenerkrankung ist, hält vielmehr beide für koordinierte Wirkung einer unbekannten allgemeinen Ursache, die im vorliegenden Falle nicht zur ganzen Banti'schen Trias: Lebercirrhose, Milzschwellung und Phlebosklerose, sondern nur zu den beiden letzteren führte. Der eigentümliche anämische Blutbefund: erhebliche Oligochromämie, geringe Oligocytämie und starke Leukopenie unter besonders starker Verminderung der Lymphocyten, wäre als Folge der Funktionsstörung der Milz aufzufassen. — Zum Schluß gibt L. noch zwei Beobachtungen von Anaemia splenica mit Leukopenie. **Haeckel** (Stettin).

29) **Schnitzler.** Ein Fall von subkutaner Leberverletzung.

30) **Lotheissen.** Dito.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien; Sitzung vom 14. Oktober 1904.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 42.)

S.'s Fall betrifft eine 17jährige Arbeiterin, der ein Bierwagen über den Leib (angeblich unterhalb des Nabels) gefahren war. Ca. 9—10 Stunden nach dem Unfalle Laparotomie. Es fanden sich etwa 2 Liter Blut in der Bauchhöhle. Al Quelle der Blutung erwies sich die Leber. Ein faustgroßes Stück Leber lag ganz frei zwischen Leber und Magen. Die entsprechende Lücke fand sich am unteren hinteren Rande des linken Leberlappens. Da eine Naht an dieser Stelle unmöglich war, wurde die Blutung mittels in verdünnte Adrenalinlösung getauchter Tampons gestillt, die aus dem obersten Wundwinkel herausgeleitet wurden. Komplikation durch schwere Erscheinungen seitens der linken Lunge (embolischer Natur). Ausgang in Heilung.

L.'s Fall, 24jähriger Mann, der bei einer Benzinexplosion von einem Fasse platt auf den Bauch getroffen wurde, gelangte 5 Stunden nach der Verletzung zur Operation. Auch hier etwa 2 Liter Blut im Bauche. Vom linken Leberlappen war ein apfelgroßes Stück bis auf einen kleinfingerdicken Stiel abgerissen. Zur Blutstillung wurden vier Nähte angelegt, die über Jodoformgazebäuschen geknüpft wurden, der Stiel mit dem Paquelin abgetragen. Jodoformgazetampon zwischen Unterfläche der Leber und Magen zur besseren Entfernung der Bäuschchen.

Auch hier erfolgte völlige Heilung. **Hübener** (Dresden).

31) **Bardenheuer** und **Sonnenschein.** Zur Kasuistik der Leberschüsse.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

Der eine Leberschuß — Revolvergeschoß aus 3 m Entfernung, Einschußöffnung über der Leberdämpfung, zwei Querfinger einwärts der Mammillarlinie — wurde, da keine alarmierenden Symptome bestanden, expektativ behandelt und geheilt.

Im zweiten Falle wurde 2 Jahre nach der Schußverletzung infolge zunehmender, heftiger Beschwerden beim Atmen — Seitenstechen rechts —, die neben pleuritischen Residuen auf eine traumatische Hepatitis (König) zurückgeführt wurden, die sekundäre Entfernung des Geschosses versucht, die wegen eintretender Schwäche des Pat. erst bei einem wiederholten Eingriffe gelang. Das Geschoß fand sich in der Leber reaktionslos eingeheilt — keine Narbenzüge, nichts von einer Hepatitis im Sinne König's. — Nach sehr schwerem Krankenlager trat Heilung ein. Es wird geraten, bei leichten Leberschußverletzungen nur auf zwingende Indikationen hin zu operieren, da die sekundären Erkrankungen — Infektion, Hepatitis usw. — durch einen operativen Eingriff nicht verhütet werden könnten und die Gefahren in keinem Verhältnis zur Größe der Verletzung ständen. **Müller** (Dresden).

32) **Bardenheuer** und **Fraune.** Ein Beitrag zur Lehre von den Pankreascysten.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

Die Arbeit bietet deshalb ein besonderes Interesse, weil F. bei der nach Gussenbauer in die vordere Bauchwand eingenähten Cyste während 3 Monaten das von ihr gelieferte Sekret zu wiederholten Malen nach verschiedenen Richtungen hin untersuchte. Die Resultate dieser sich der Hauptsache nach auf dem Gebiete der Verdauung bewegenden Experimente, die im Originale nachgelesen werden mögen, ergaben, daß es sich »um ein Sekret handelte, das starke diastatische Wirkung hatte, die durch Darmsaft gesteigert wurde, deutliche fettspaltende Kraft zeigte, die durch Darmsaft und besonders durch Galle vermehrt wurde, und das bei Gegenwart von Darmsaft tryptische Wirkung besaß«. Da die Fistel keine Neigung zum Schließen zeigte, exstirpierte B. nach Resektion der 12. Rippe von einem von der 11. Rippe bis fast zum Darmbeinkamm reichenden seitlichen Schnitt extraperitoneal den Schwanz und einen Teil des Körpers des Pankreas. Heilung.

Müller (Dresden).

Der 22. Kongreß für innere Medizin

findet vom 12.—15. April 1905 zu Wiesbaden statt unter dem Vorsitze des Herrn Geheimrat Erb (Heidelberg). Als Verhandlungsthemata des ersten Sitzungstages ist bestimmt: ***Über Vererbung.*** *1. Referat: Über den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie: Herr H. E. Ziegler (Jena), 2. Referat: Über die Bedeutung der Vererbung und der Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose: Herr Martius (Rostock). Vorträge haben angemeldet: Herr A. Hoffmann (Düsseldorf): Über Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen; Herr Paul Krause (Breslau): Über Röntgenstrahlenbehandlung der Leukämie und Pseudoleukämie; Herr Schütz (Wiesbaden): Untersuchungen über die Schleimsekretion des Darmes; Herr M. Matthes (Jena): Über Autolyse; Herr Clemm (Darmstadt): Über die Bedeutung der Heftpflasterstützverbände für die Behandlung der Bauchorgane.*

Mit dem Kongresse ist die übliche Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Präparaten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden.

Anmeldungen von Vorträgen und für die Ausstellung sind zu richten an Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstraße 13.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 4. Sonnabend, den 28. Januar. **1905.**

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau. Geh.-Rat v. Mikulicz.)

Die Anastomose zwischen Magen und Speiseröhre und die Resektion des Brustabschnittes der Speiseröhre.

Von

Dr. **Sauerbruch,** Assistent der Klinik.

Das interessanteste Problem, dessen Bearbeitung und Lösung unter der Benutzung meines Verfahrens zur Ausschaltung des Pneumothorax möglich wurde, ist die Chirurgie des Ösophagus. Es wurde damals auch in erster Linie dieser Teil der intrathorakalen Chirurgie

von uns in Angriff genommen und Herr Geh.-Rat v. Mikulicz hat auf dem letzten Chirurgenkongreß darüber berichtet. Die Erfolge waren zunächst sehr schlechte und standen in traurigem Einklange mit allen bisherigen Erfahrungen über die Ösophagusnaht und die Infektiosität der Pleurahöhle. Man mußte der Möglichkeit, mit Erfolg die Speiseröhre des Menschen operativ in Angriff zu nehmen, sehr skeptisch gegenüber stehen. Ich habe im Laufe des Jahres immer wieder versucht, durch zahlreiche Modifikationen der Operationsmethoden, schließlich durch Anwendung der peinlichsten Asepsis, ein zuverlässigeres Verfahren für die Chirurgie des Ösophagus zu finden, hatte aber bis vor 1/4 Jahr trotz der Erleichterung, die durch Anwendung der großen Kammer geschaffen wurde, nur wenig bessere Resultate als meine Vorgänger, die unter künstlicher Atmung die Operation versucht hatten. Schließlich haben mich aber die fortgesetzten Versuche doch zum Ziele geführt, und ich bin trotz anfänglicher Mißerfolge seit 1/4 Jahr zu Resultaten gekommen, welche wohl zeigen, daß das Problem der Ösophagusoperationen einschließlich der Resektion experimentell wenigstens gelöst ist. Alle Einzelheiten der Operation, der Nachbehandlung usw. sind ausführlich in einer Arbeit beschrieben, die demnächst erscheint.

Alle Operationen nehmen wir mit Unterdruck in der pneumatischen Kammer vor in der Weise, wie ich es mehrfach geschildert habe. Die Eröffnung der Brusthöhle wird von einem Interkostalschnitt aus vorgenommen, den v. Mikulicz angab und bereits auf dem Chirurgenkongreß empfahl. Drei Hauptfaktoren sind für das Gelingen der Ösophagusoperationen von besonderer Wichtigkeit. 1) Peinliche Asepsis, 2) Ausschalten der Naht und statt dessen zweckmäßiges Anlegen des Murphyknopfes, 3) die Anwendung von Mitteln, welche sehr schnelle Verklebungen herbeiführen, speziell der Lugol'schen Lösung.

1) Die Anastomose zwischen Magen und Speiseröhre. Diese Operation scheint mir viel versprechend. Sie ist bei einiger Übung technisch sehr einfach und im Effekt sehr zuverlässig. Nach gründlicher, mehrfacher Reinigung des Tieres wird dasselbe in rechter Seitenlage auf den Operationstisch aufgebunden und desinfiziert (Kammerdruck-10—12 Hg). Interkostalschnitt im 5. Interkostalraum. Haut, Fascie und Muskel werden durchtrennt bis auf die zarte Pleura; diese wird mit einer Pinzette in einer Falte emporgehoben und mit der Schere eingeschnitten. Einführen einer Sonde oder eines Fingers, auf dem der Pleuraschnitt in der Ausdehnung des Haut-Muskelschnittes erweitert wird. Einführung der Hände, Auseinanderziehen der Rippen, Anlegen des v. Mikulicz'schen Rippensperrers. Mit Tampons wird jetzt die Lunge zurückgedrängt, so daß Aorta und Ösophagus mit den beiden Vagi und der verbindenden Anastomose sichtbar werden. Unmittelbar über dem Hiatus des Zwerchfelles wird jetzt der Ösophagus mit einer Krallenzange gefaßt und durch Zug von seiner beweglichen Unterlage abgehoben. Dadurch spannt sich der Cardiateil

der Speiseröhre an und wird als grauweißer, 1—2 cm breiter Saum oberhalb des Zwerchfellringes sichtbar. Dieser Teil hat einen zweifachen serösen Überzug von Pleura und Peritoneum. Durch Anheben einer kleinen Falte wird jetzt, während der Assistent den Ösophagus an der Hakenklemme fixiert hält, zunächst die Pleura und dann das Peritoneum gespalten, so daß auf diese Weise die Bauchhöhle eröffnet wird. Aus diesem Spalte kann man den Magen herausziehen und intrapleural verlagern [1]. Wichtig ist, daß bei all diesen Manipulationen die Vagi vollständig geschont werden und die Speiseröhre aus ihrer Umgebung nicht isoliert wird. Im Tierexperiment wird nun von einem Assistenten außerhalb der Kammer mit einer Ösophagussonde der weibliche Teil eines Murphyknopfes langsam durch die Speiseröhre in den Cardiateil des Magens geführt. Mittel-, Zeigefinger und Daumen der rechten Hand des Operateurs haben den Cardiateil umgriffen und suchen den Knopf durch die Wand hindurch zu fassen. Die Sonde wird langsam wieder herausgezogen, während der Operateur den gefaßten Knopf in den vorgezogenen Magenzipfel bringt. (Es empfiehlt sich, stets den Fundus zu der intrapleuralen Verlagerung zu benutzen.) An geeigneter, gefäßfreier Stelle wird eine kleine Inzision in die Magenwand gemacht und der Knopf so durch dieselbe durchgedrückt, daß überall die Magenwand sich fest an den Knopf anlegt, wie es Meinhard Schmidt für Magen-Darmoperationen bereits beschrieben hat. Eine Schnürnaht ist dann zur Fixation überflüssig.

Auf dieselbe Weise wird jetzt der männliche Teil des Knopfes mit der Sonde in die Speiseröhre geführt und an die Stelle gebracht, wo die Anastomose hergestellt werden soll. Wiederum umgreifen die Finger der rechten Hand den deutlich fühlbaren Knopf, halten ihn fest, und die Sonde wird unter drehenden Bewegungen herausgezogen. Dieser Teil des Knopfes wird jetzt so gedreht, daß sein Zylinder nach der vorderen Seite des Ösophagus zu liegen kommt und sich scharf auf der Wand abzeichnet. Dem Durchmesser des Zylinders entsprechend, wird jetzt eine kleine Längsinzision durch Muscularis und Schleimhaut gemacht und die Wundränder über den Zylinder gezogen. Damit tritt der letztere durch die Speiseröhrenwand durch, und allseitig liegt dieselbe fest an ihm an. Zeigefinger und Daumen der linken Hand halten nun diesen Teil des Knopfes fest, während die rechte den Magenzipfel mit dem eingeführten Knopfe faßt und in der üblichen Weise ihn mit dem Speiseröhrenteile vereinigt. Zu betonen ist, daß dabei die linke Hand vollständig in ihrer Lage bleibt und die Speiseröhre weder gezerrt noch verschoben wird. Auch ist die Pleura von ihm nicht abgelöst, ebenso wenig die Vagi. Nach dieser Vereinigung von Magen und Speiseröhre ist die eigentliche Operation beendet und jede weitere Naht zur Sicherung des Knopfes vollständig überflüssig. Es folgt die Zwerchfellnaht. Zunächst klemmt man provisorisch an zwei oder drei Stellen das Zwerchfell an den pleural ver-

[1] Diese Verlagerung wurde zuerst von v. Mikulicz gemacht, der mit dem heraufgeholten Magen die zirkuläre Ösophagusnaht plastisch bedeckte.

lagerten Magenzipfel an, um sich davon zu überzeugen, ob durch die Exkursionen des Zwerchfelles ein Zug, der die Sicherheit des Knopfes gefährden könnte, ausgeübt wird. Ist das der Fall, so muß man soviel von dem Magen noch intrapleural verlagern, bis die Bewegungen des Zwerchfelles ohne Einwirkung auf den Magenzipfel bleiben. Man fixiert das Zwerchfell durch 8—10 Seidennähte, die die ganze Muskulatur des Zwerchfelles und die Serosa und Muscularis des Magens fassen, zirkulär an den Magen. Jetzt wird mit Lugol'scher Lösung die Anastomose, die Zwerchfellnaht und schließlich die Pleura betupft, die Pleurahöhle mit Kochsalz ausgespült und der Interkostalschnitt durch Dreietagennaht geschlossen.

Diese eben beschriebene Operation habe ich hintereinander in der letzten Zeit an 13 Hunden gemacht, von denen 3 ad exitum gekommen sind. Alle drei Todesfälle sind nicht durch Undichtigkeit der Verbindung oder Infektion zu erklären, sondern durch plötzliche, infolge von schlechter Magen-Zwerchfellsnaht eingetretene Totalhernie des Magens. In zwei Fällen waren die Tiere am 5. bezw. 7. Tage von dem Verbandtische heruntergesprungen und plötzlich gestorben. (Die sofort vorgenommene Sektion ergab, daß der maximal mit Flüssigkeit gefüllte Magen durch die Zwerchfellücke, die durch Durchschneiden der Fäden entstanden war, sich durchgepreßt und das Herz derartig komprimiert hatte, daß der Tod infolgedessen sofort eintrat.) Gegen diese Komplikation kann man sich durch sorgfältige Naht und Ruhighalten der Tiere in der ersten Zeit nach der Operation schützen.

Die Anastomose kommt in Frage bei impermeablen Strikturen der Speiseröhre, bei Divertikeln im unteren Abschnitt, aber wohl nur ganz selten an Stelle der jetzt üblichen Gastrostomie bei inoperabler karzinomatöser Stenose. Natürlich muß dann wegen der Undurchgängigkeit der Striktur die Operation dahin modifiziert werden, daß man den weiblichen Knopf nicht mehr durch die Speiseröhre, sondern vom Magen aus in den vorgezogenen Magenzipfel bringt. Man macht in der üblichen Weise eine Inzision und dann Schnürnaht, durch die der Knopf fixiert wird. Die Hauptsache bleibt, daß der Speiseröhrenteil des Knopfes nach wie vor ohne Naht zuverlässig angelegt ist.

Auf diese Weise kann man die untere Hälfte der Speiseröhre vom Hiatus pulmonalis bis zur Cardia bequem ausschalten. Ja beim Hunde läßt sich der Magen soweit vorziehen, daß man noch im obersten Drittel der Speiseröhre leicht und erfolgreich eine Anastomose herstellen kann.

2) Die Resektion der Speiseröhre: Daß es bisher noch nicht gelungen ist, aus der Kontinuität der Speiseröhre größere Stücke zu resezieren und eine Dauervereinigung zu erzielen, liegt an ihrer geringen Beweglichkeit und an der großen Spannung, hauptsächlich aber an der Unmöglichkeit, die Enden durch Naht dicht zu verschließen. Dadurch, daß ich genau wie bei der oben beschriebenen Operation den Magen intrapleural verlagerte, konnte ich einmal den nach der Re-

sektion der Speiseröhre entstandenen Defekt bequem durch Heranziehen des unteren Endes ausgleichen, ferner war es möglich an Stelle der bisherigen Naht der Enden eine Vereinigung durch Knopf, wie ich sie für die Anastomose beschrieben habe, anzuwenden.

Die Operation beginnt genau wie bei der Herstellung einer Anastomose. Interkostalschnitt, Einbringen der Knöpfe. Der männliche Knopf wird bei der Resektion etwa 2 cm oberhalb der oberen Resektionsgrenze angelegt, der weibliche wieder in den Fundus des Magens genau wie vorher. Nach der Vereinigung der Knöpfe wird erst die Resektion vorgenommen. — 2 cm unterhalb des Speiseröhrenknopfes wird nach Isolierung der Vagi von der Speiseröhre mit einer Darmquetsche der Ösophagus durchquetscht und darauf durch eine feste Seidenligatur zugeschnürt. Unterhalb der Ligatur durchtrenne ich die Speiseröhre und kann nun bequem das untere Ende von seiner Unterlage unter Schonung der Vagi soweit isolieren, wie es für die Resektion nötig ist. Das untere Ende verschließe ich genau wie das obere durch eine Ligatur, stülpe es in den Magen ein und fixiere es durch eine Schnürnaht genau so, wie man es bei der Resektion des Wurmfortsatzes macht. Der obere Stumpf läßt sich bequem mit dem zur Anastomose heraufgezogenen Magenzipfel bedecken und vernähen, so daß der Verschluß doppelt gesichert ist. Es folgt die oben beschriebene Magen-Zwerchfellnaht. Ausspülen der Pleurahöhle mit Kochsalzlösung. Betupfen der Nahtstellen mit Lugol'scher Lösung und Naht des Interkostalschnittes bilden den Schluß der Operation. Eine sichere Einstülpung des oberen Endes ist wegen Zerreißlichkeit der Muskulatur ausgeschlossen.

Von den auf diese Weise operierten 11 Hunden starb keiner, obwohl ich bei einem über 7 cm reseziert habe. Die Tiere fühlen sich wohl, fressen alles außer Knochen und haben die Operation mindestens schon 6 Wochen überstanden. Bei einem Tiere, das ich 4 Wochen nach der Operation absichtlich sezierte, fand ich, daß der Magenzipfel sich zu einem Schlauch umgewandelt hatte, der als eine Art Speiseröhre angesprochen werden kann.

Wahrscheinlich ist diese Methode in ihrer Anwendung beschränkt auf den Teil zwischen Hilus und Cardia.

Auch für den für die Resektion unbequemen Abschnitt in der Gegend der Bifurkation und oberhalb derselben habe ich ein Verfahren ausgebildet, das in zweizeitiger Operation mit plastischem Ersatze des Defektes besteht. Es ist praktisch nicht entfernt so wichtig wie die Anastomose und die Resektion des unteren Abschnittes, und ich verweise deshalb, da es hier an Platz für die Beschreibung mangelt, auf meine ausführliche Arbeit. Dagegen möchte ich noch kurz ein Verfahren für die Resektion des Cardiateiles und des untersten Abschnittes der Speiseröhre beschreiben, das ich die Einstülpungsmethode nennen möchte. Es ist eine Operation in zwei Zeiten.

Der erste Akt besteht darin, daß ich zunächst, genau wie bei den *oben* beschriebenen Operationen, nach Thorakotomie das Zwerch-

fell — diesmal zirkulär — von dem Ösophagus ablöse und den untersten Teil der Speiseröhre mobilisiere, die Vagi isoliere. Jetzt stülpe ich den untersten Teil der Speiseröhre in den vorgezogenen Magen nach Art eines Handschuhfingers ein und fixiere durch Seidennähte den Magen zirkulär an den Ösophagus. Dadurch entsteht im Magen ein Zapfen, der etwa wie die Portio in die Vagina hineinragt; er wird gebildet von der eingestülpten Cardia und dem untersten Teile der Speiseröhre. Das Zwerchfell wird wiederum, wie oben beschrieben, an den vorgezogenen Magen angenäht.

Zweiter Akt nach 14 Tagen: Laparotomie. Hervorholen des Magens, Gastrotomie. Unter Kontrolle des eingeführten Zeige- und Mittelfingers der linken Hand wird jetzt das eingestülpte Stück der Speiseröhre mit einer Cooper'schen Schere abgeschnitten. Blutung gering. Schluß der Magen- und Laparotomiewunde.

Diese Operation hat sich im Tierexperiment ebenfalls durchaus bewährt. Sie kommt natürlich beim Menschen nur in Frage bei ganz kleinen umschriebenen Tumoren der Cardia bezw. des untersten Speiseröhrenabschnittes und ist hier wohl das Idealverfahren für die Resektion.

Zum Schluß möchte ich noch betonen, daß ich mich von der Möglichkeit, diese Operationen am Menschen auszuführen durch Leichenstudien überzeugt habe. Der Magen ist beim Menschen hinreichend mobil, die Isolierung am Hiatus oesophageus gelingt auch hier sehr leicht. Daß beim Menschen der Interkostalschnitt (4. oder 5.) hinreichend Zugang schafft, daß ferner die Isolierung der Vagi gelingt und im übrigen die Verhältnisse ebenso wie beim Tiere sind, das haben uns drei Thorakotomien am Menschen bewiesen, die zur Resektion der Speiseröhre vorgenommen wurden. Alle drei Fälle wurden vor Ausarbeitung der jetzigen Methode operiert, und es handelte sich außerdem um zu weit fortgeschrittene Tumoren der Speiseröhre, bei denen die Resektion nicht mehr in Frage kam.

In betreff aller Einzelheiten verweise ich auf die demnächst erscheinende Arbeit, und ich denke auf dem nächsten Chirurgenkongreß eine Anzahl Operationspräparate zu demonstrieren.

---

1) **Fellner.** Die Chirurgie der Schwangerschaft, insbesondere bei internen Erkrankungen.

(Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 18—20.)

In seiner Arbeit erbringt Verf. den Beweis für die Richtigkeit der Ansicht Schauta's, daß die größten und schwersten Operationen während der Schwangerschaft ausgeführt werden können, ohne daß deren Verlauf oder die Schwangerschaft eine Störung erleiden, da kein operativer Eingriff die Schwangerschaft unterbricht, wenn nicht das Wehenzentrum sehr leicht erregbar ist oder sich bereits in einem Reizzustande befindet. Die Operation selbst bildet hier nur die Gelegenheitsursache für die Unterbrechung, die wahrscheinlich auch sonst

erfolgt wäre. Besonders lehrreich sind die Erfolge der operierten Extra-uterin-Schwangerschaften bei gleichzeitig bestehender Uterusgravidität. Wenn bei irgendeiner Operation, so müßte bei dieser Schwangerschaftsunterbrechung eintreten. Es sind aber vier derartige Fälle mit ungestörtem Fortbestehen der intra-uterinen Schwangerschaft operiert. Die Zusammenstellung der einzelnen Organerkrankungen, die zu Operationen Veranlassung geben können, und bei denen Operationen ausgeführt sind, ihre Indikationen und Erfolge bilden den größten Teil der Arbeit, welche die berechtigte Schlußfolgerung zuläßt, daß die Schwangerschaft bei internen Krankheiten kein Hindernis für die Vornahme entsprechender auch sonst gebotener Operationen ist, ja daß sie in manchen Fällen die Notwendigkeit der Operation erhöhen kann, z. B. bei allen Eiterungsprozessen, wo sie auch sitzen mögen.

Müller (Dresden).

---

2) **A. Hoffmann** und **E. Küster.** Ein Beitrag zur Bakteriologie der Noma. (Aus dem hygienischen Institute der Universität Freiburg i. Br.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 43.)

Den Verff. ist es gelungen, aus einem in der Freiburger chirurgischen Klinik beobachteten Nomafall einen leicht gebogenen schlanken Bazillus zu züchten, der auf allen gebräuchlichen Nährböden, gut bei Vorhandensein von Sauerstoff, kümmerlich bei Luftabschluß gedeiht, oft zu langen Fäden auswächst, die sich meist septiert färben, aber nicht verzweigen. Sporenbildung tritt in 48 Stunden alten Kulturen, besonders auf Gelatine, reichlich auf. Die Färbung gelingt mit allen Anilinfarben; Gram: negativ. Über weitere Einzelheiten siehe die Arbeit, die mehrere gute Abbildungen von Präparaten bietet.

Kramer (Glogau).

---

3) **A. Bier.** Die Bedeutung des Blutergusses für die Heilung des Knochenbruches. Heilung von Pseudarthrosen und von verspäteter Kallusbildung durch Bluteinspritzung.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 1 u. 2.)

Der Knochen läßt sich durch künstliche Zufuhr von Nährstoffen, d. h. von Blut, passiv ernähren. Andererseits wirkt der Bluterguß des Knochenbruches zugleich als entzündungserregender Reiz. Insofern ist er also sicher nützlich. Da, wo er fehlt oder weggeschafft wird, z. B. bei Diaphysenbrüchen, die genäht werden, oder komplizierten, operativ freigelegten Frakturen, wird häufig die Kallusbildung verzögert. Die Richtigkeit dieser theoretischen Erwägungen erprobte B. praktisch durch Bluteinspritzungen bei Pseudarthrosen. Als Beleg dienen die Krankengeschichten von drei ausgebildeten und sieben beginnenden Pseudarthrosen. In sieben von diesen zehn, größtenteils im Röntgenbilde verfolgten Fällen war der Erfolg ein vollständiger, bei einem ein teilweiser; nur bei einem Falle blieb er ganz aus. In dem

noch übrigen Falle wurde außerdem die Knochennaht ausgeführt, und es ist immerhin zweifelhaft, ob die Bluteinspritzungen zu seiner Heilung beigetragen haben.

Eine sehr gut schließende, stärksten Druck aushaltende 30 ccm-Spritze mit Lederkolben und weiter und starker, am besten exzentrisch angesetzter Hohlnadel wird nach 24stündiger Lagerung in 5%iger Karbollösung durch die Haut in eine gestaute Armvene eingestochen, voll Blut gesaugt und sofort auf die Bruchenden, womöglich zum großen Teil unter die Knochenhaut und, wenn das nicht geht, zwischen die Bruchenden unter starkem Druck ausgespritzt. Die Bruchstelle unterliegt einer erheblichen reaktiven Entzündung und Überernährung. Das Blut dient selbst als Nahrstoff und verdichtet sich bald zu einem harten festen Ringe, der unmittelbar in die Kallusbildung überleitet.

Leuten, deren Knochenbrüche trotz erheblichen Blutergusses nicht fest werden, fehlt wahrscheinlich im Blute der genügende Reiz zur Knochenneubildung. In zwei solchen Fällen wurde Blut anderer Menschen eingespritzt. Einen noch stärkeren Reiz würde Hammel- oder Hundeblut abgeben.

Trotz alledem ist daran festzuhalten, daß bei frischen Knochenergüssen der Bluterguß, sofern er übermäßig oder in den Weichteilen — als Anlaß schädlicher Schwielenbildung oder in und um die Gelenke — auftritt, nach wie vor durch kräftige Massage, besser noch durch die Heißluftbehandlung bekämpft wird. **G. Schmidt** (Berlin).

---

4) **Troller.** Beiträge zur Chirurgie der Sehne.

Inaug.-Diss., Basel, 1904.

Die vorliegende, dem Hübscher'schen orthopädischen Institut in Basel entstammende Dissertation liefert interessante Beiträge zur Geschichte der Sehnenchirurgie. Im ersten Abschnitte gibt T. zunächst einen historischen Überblick über Verletzung und Naht der Sehne im allgemeinen; in den folgenden Abschnitten skizziert er die Geschichte der speziell orthopädischen Sehnenoperationen, Tenotomie, plastische Sehnenverlängerung, Sehnenverkürzung und Sehnenüberpflanzungen, wobei auch die modernen Operationsmethoden eingehender berücksichtigt werden. Anhangsweise teilt T. sodann in einer etwas gedrängten tabellarischen Übersicht eine Kasuistik von 80 orthopädischen Operationen aus dem Hübscher'schen Institute mit, bei denen Verkürzung, Verlängerung und Verlagerung von Sehnen in Anwendung gekommen waren. **Deutschländer** (Hamburg).

---

5) **O. Horwitz.** The best method of operating to effecta radical cure of senile hypertrophy of the prostate gland: based on the study of 150 radical operations.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. Nr. 6—8. II. Hälfte.)

6) **F. Lydston.** The indications for and the technique of prostatectomy.

(Ibid.)

Die beiden Arbeiten, die nebeneinander in denselben Nummern eines Blattes erschienen sind, geben in der Verschiedenheit der Ansichten ihrer Verff. über wesentliche Punkte ein Bild davon, wie viel auf dem jungen Gebiete der Prostataoperationen noch zu klären ist. H. bevorzugt meist die Bottini'sche Operation, von der L. überhaupt nicht Notiz nimmt. Dem ersteren ist die Cystoskopie ein unschätzbares Hilfsmittel, L. hält sie meist nicht nur für nutzlos, sondern für gefährlich. Nach L. ist zur Herstellung einer durchgängigen Harnröhre Erhaltung eines, wenn auch schmalen, Streifens Harnröhrenschleimhaut unbedingt nötig; H. hat fünfmal diese Schleimhaut im ganzen Umfange weggenommen, mit glatter Heilung und Bildung einer neuen Harnröhre (obgleich man auch nach ihm sich bemühen soll, einen Teil bestehen zu lassen).

Einig sind beide in der Forderung frühzeitigen Operierens: H. hält die Indikation für gegeben, sobald tägliches Katheterisieren nötig wird — nicht erst bei der elenden Verfassung, in der die Pat. meist von den Praktikern zum Chirurgen gebracht werden. L. geht weiter: jede Prostatahypertrophie soll mit Ektomie behandelt werden, sobald sie entdeckt ist, bevor irgendwelche Komplikationen eingetreten sind. Bei gesunden Leuten ohne Cystitis erscheint ihm die Operation nicht gefährlicher, als die Intervalloperation bei Appendicitis. Die Statistik beweist in dieser Hinsicht nichts wegen der vielen Operationen an Spätfällen. Im allgemeinen besteht die Hypertrophie nach ihm zuerst in einer adenomatösen Wucherung, die dann zu einer Art Adenofibrom wird und endlich rein fibromatösen Charakter annimmt. Dann ist sie viel schwerer zu exstirpieren, als im ersten Stadium; deshalb: je eher Prostatektomie, desto besser.

Für L. geben bei Kranken unter 55 Jahren ernste Nierenerkrankungen eine Kontraindikation, zwischen 55 und 65 Jahren ernste Blasen- und Nierenerkrankungen. Zwischen 65 und 70 Jahren wird die Operation empfohlen, wenn der Katheterismus Schwierigkeiten macht oder wenn das Katheterleben eben erst begonnen wurde, auch bei Blasenkomplikationen, wenn die Nieren gesund sind. Sonst nur palliative Eingriffe oder, wenn der Katheterismus lange gut vertragen wurde, Fortsetzung des Katheterlebens. In diesem Alter ist die Funktion der Blasenmuskulatur oft so schlecht, daß der Kranke ohne die Prostata oft schlimmer daran ist, als zuvor mit dem Katheter. Bei Kranken über 70 Jahre müssen die Indikationen noch mehr eingeschränkt werden.

Ihm ist die perineale Prostatektomie die Operation der Wahl, wenn nötig, unter Hinzufügung einer suprapubischen Inzision. Er warnt vor zu großem Optimismus bezüglich der Prognose und betont, daß der Verlauf nicht immer so glatt zu sein braucht, wie sichs nach einigen günstigen Berichten erwarten ließe.

Bezüglich der Wahl der Operationsmethode hat H.'s Urteil wohl mehr Gewicht, der neben 55 Prostatektomien auch die Bottini'sche Operation (95mal) erprobt hat. Er hält sie in geeigneten Fällen für weniger gefährlich; um diese Fälle herauszufinden, dient ihm das Cystoskop.

Unter 95 nach Bottini Operierten starben ihm 3 (sehr alte Leute, 1 an Urämie, 2 an Sepsis); 11 kamen außer Sicht, 81 wurden nachuntersucht: davon waren 25 Frühoperationen im Alter von 53 bis 62 Jahren, die meist seit einigen Monaten katheterisiert waren; in allen Fällen glatte und rasche Heilung. 33 Operationen im Alter von 62—76 Jahren; bei 4 wurde zum zweiten Male kauterisiert, im übrigen lauter gute Erfolge. Unter 15 Operierten zwischen 76 und 81 Jahren, meist mit schweren Komplikationen, 11 Mißerfolge (2 Todesfälle). Derartige Kranke sind für die Bottini'sche Operation nicht mehr geeignet; sonst aber gibt sie in der Hand des Geübten bei sorgfältiger Anwendung gute Resultate: H. erlebte weder Rezidive noch Inkontinenz.

Unter 55 Prostatektomien machte H. 11 suprapubische: 2 Todesfälle, nur 5 gute Erfolge; am besten kombiniert man damit den Perinealschnitt, der zur Drainage dient. 7 partielle Operationen (Abtragung des klappenartig vorragenden Mittellappens mit Schlinge) gaben guten Erfolg. 38 komplette perineale Prostatektomien (60 bis 73 Jahre alte Pat., alle in leidlichem Allgemeinzustand, mit Residualharn, seit mindestens 1 Jahr Katheterleben); darunter 6 Todesfälle, zweimal rektourethrale Fisteln), durch Silberdrain hervorgerufen, dreimal Harnträufeln für 3—7 Monate. Von 21 Nachuntersuchten 16 geheilt. 4 gebessert, 1 ungebessert.

Demnach ist der perineale Weg zu bevorzugen, er ist weniger blutig und disponiert nicht sehr zu Komplikationen der Wundheilung; die Heilung erfolgt rascher. Die Operation ist lohnend, wenn an nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen ausgeführt, bei denen nur die suprapubische Drainage zu empfehlen ist. **Lengemann** (Bremen).

---

7) G. E. Münnich. Zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 402.)

Unter Verwertung von nicht weniger als 527 Literaturangaben gibt Verf. eine kritische Übersicht über die in den letzten 15 Jahren versuchten Operationsverfahren zur Behandlung der Prostatahypertrophie.

Er teilt diese Verfahren ein in indirekte, welche die sog. sexuellen Operationen und die Unterbindung der die Prostata versorgenden Ge-

füße umfassen, und in direkte, wozu die verschiedenen Methoden der Prostata- und Prostatektomie gehören. Die Arbeit läuft schließlich hinaus auf eine Empfehlung der perinealen Prostatektomie, wie sie neuerdings in der v. Mikulicz'schen Klinik mit befriedigendem Erfolge geübt wurde. Acht so behandelte Fälle aus dieser Klinik werden ausführlich mitgeteilt. Das Alter dieser Pat. schwankte zwischen 62 und 73 Jahren. Nicht das Alter an sich, sondern der Allgemeinzustand des Pat. muß den Ausschlag geben, ob man die Operation wagen soll oder nicht. In sechs Fällen bestanden die Harnbeschwerden schon lange Zeit, 3—10 Jahre, nur zweimal kürzere Zeit. Bei drei Pat. bestand seit Jahren chronische Retention und Katheterleben, bei den übrigen war es erst vor kurzem zu akuter Harnverhaltung gekommen.

Die Vorbereitung zur Operation bestand bei allen Pat. mit Infektion der Harnwege in Blasenspülungen, évent. Dauerkatheter, Urotropindarreichung, Vichy. Siebenmal wurde Morphium-Äthernarkose, einmal spinale Anästhesie angewandt. Die Operation selbst wurde in Steißrückenlage von einem medianen Rhapheschnitt aus vorgenommen. Die Anwendung eines modifizierten Young'schen Retraktors zum Vorziehen der Prostata erleichterte die Operation wesentlich. Die Prostatakapsel wurde quer eingeschnitten und die Prostata stumpf mit dem Finger ausgeschält. Eine Eröffnung der Harnröhre ist dabei die Regel, hat aber keine üblen Folgen, es empfiehlt sich sogar meist eine Drainage der Blase durch die Dammwunde. Die Operation gestaltete sich technisch nicht besonders schwierig. Die Blutung war meist gering. Zur Nachbehandlung empfiehlt sich ein Dauerkatheter für 2 Wochen. Nach 4—6 Wochen konnten die Pat. in der Regel entlassen werden.

Aus einer Statistik von 438 Fällen berechnet M., daß 88,6% geheilt oder gebessert wurden, 4,8% blieben ungebessert, 6,6% starben. Von den Fällen der v. Mikulicz'schen Klinik starb keiner, einer blieb ungebessert, sieben wurden geheilt oder gebessert.

Verf. empfiehlt daher die Prostatektomie für jeden Prostatiker, bei welchem keine Kontraindikation für einen operativen Eingriff besteht.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

8) **A. Gundersen.** Bemerkungen über Prostatektomie.

(Norsk Mag. for lägevid. Jahrg. LXV. p. 1437.)

Verf. der als Privatchirurg in La Crosse (Wis.) tätig ist, teilt aus seinem Wirkungskreise in dem neuen Vaterlande einige (10) Fälle von Prostatahypertrophie mit, die er perineal operiert hat, und gibt einleitungsweise eine kursorische Darstellung des gegenwärtigen Standes der Frage, wobei er besonders bedauert, daß wir Skandinaven und die Deutschen die perineale Prostatektomie bisher nicht genügend gewürdigt haben. Verf. findet die Indikation für sie vorliegen: 1) in der täglich notwendigen Anwendung des Katheters durch den Pat. selbst; 2) wenn häufiger Harndrang den Schlaf des Pat. stört und Schmerzen, Cystitis usw. das Leben bedrohen. Verf. betrachtet u. a.

die tägliche Katheterisation, auch da, wo die Bedingungen der Antisepsis erfüllt werden können, als eine dem Pat weit gefährlichere Situation als die Gefahr einer Radikaloperation. Kein Pat. ist zu alt zur Operation; man sollte den elenden Prostatikern, die sonst einer suprabubischen Fistel unvermeidlich anheimfallen, den Segen der Operation ebensowenig verweigern, wie man bisher verweigert hat einen eingeklemmten Bruch zu operieren, auch in ebenso hohem Alter wie dem Prädilektionsalter der Prostatahypertrophie.

Nachdem Verf. die Operationstechnik beschrieben hat, wobei er Young's und Fergusson's Instrumente abbildet, gibt er die Krankengeschichten ausführlich wieder. Keiner der Operierten ist dem Eingriff erlegen; das Durchschnittsalter betrug 66,8 Jahre.

Hansson (Cimbrishamn).

9) **F. Englisch.** Über Pfeifensteine.

(Separat-Abdruck aus dem Zentralblatt für die gesamte Therapie 1904. Hft. 3.)

Die Pfeifensteine bilden das Mittelding zwischen den eingelagerten Steinen der Blase und denen des prostatischen Teiles der Harnröhre. Sie entwickeln sich einerseits in der Weise, daß ein Blasenstein mit seinem einen Ende in die innere Harnröhrenmündung reicht und sich bei weiteren Auflagerungen nach der Harnröhre hin entwickelt, oder auf umgekehrtem Wege.

Verf. konnte nur 65 Fälle aus der Literatur zusammenstellen. 62 von diesen betrafen Männer, und zwar meist im jugendlicheren Alter.

Die Prognose der nicht operierten Fälle ist eine schlechte; die publizierten nicht operierten Fälle endeten alle tödlich. Von 37 operierten Pat. starben 5. Die Entfernung des Steines geschah meist durch Sectio alta mit Dehnung des Blasenhalses oder Inzision in denselben. Nur wenn der Harnröhrenteil des Steines größer als der Blasenteil ist, empfiehlt sich der Perinealschnitt. Die Operation ist möglichst frühzeitig vor dem Auftreten von Entzündungserscheinungen auszuführen.

Eine besondere Unterart der Blasensteine sind die sog. »Zellensteine«.

Hypertrophiert die Blasenmuskulatur sehr stark, so entstehen Einsenkungen der Schleimhaut, die zu Ausstülpungen der Blasenwand führen und die man dann Zellen nennt. Diese treten in verschiedener Zahl und Größe auf. Die Zellensteine, die zumeist aus Phosphaten bestehen, liegen in der Regel in den Zellen fest eingelagert und sind häufig die Ursache lokaler Entzündungserscheinungen. Bei der exponierten Lage der Steine kommt es leicht zum Übergreifen der Entzündung auf die benachbarten Gewebe und nicht selten zum Durchbruch derselben. Die Diagnose kann auch für den mit dem Cystoskop Geübten schwer werden durch die versteckte Lage der Steine. Bei schweren Erscheinungen ist die Ausführung der Sectio alta und die Anlegung einer Bauch-Blasenfistel angezeigt.

Engelmann (Dortmund).



10) **T. Goldenberg.** Über die Totalexstirpation der Harnblase und die Versorgung der Ureteren.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 627.)

Nach Zusammenstellung von 25 Fällen von Totalexstirpation der Harnblase aus der Literatur beschreibt Verf. als 26. einen analogen Fall aus der Garrè'schen Klinik.

Es handelte sich um ein fast die ganze Blase einnehmendes Karzinom bei einem 51jährigen Manne. Nachdem 8 und 2 Jahre vorher kleinere Eingriffe ein Rezidiv nicht zu verhüten vermocht hatten, wurde die ganze Harnblase exstirpiert und die Harnleiter zunächst in die Bauchwunde gelagert. Nach Verkleinerung der Wundhöhle wurde durch Transplantationen die völlige Epithelisierung herbeigeführt und dann versucht, durch türflügelartiges Herüberschlagen seitlicher Lappen ein Urinreservoir zu schaffen. Es gelang dies nur unvollkommen, da ein Teil des Lappens nekrotisch wurde und der Rest sein Epithel völlig verlor. In diesem Stadium starb Pat. an Pyelonephritis 13 Monate nach der Totalexstirpation. Im rechten Harnleiter und in den Lungen fanden sich Karzinommetastasen.

Nach einer Übersicht über die zahlreichen zur Versorgung der Harnleiter nach Blasenexstirpation gemachten Vorschläge skizziert Verf. eine eigene Idee. Er will die unterste Dünndarmschlinge dicht vor dem Blinddarm durchtrennen, das zuführende Ende in das Colon ascendens einpflanzen und das abführende verschließen. Der verschlossene Dünndarmschenkel soll in die Hautwunde eingenäht und eröffnet werden. In den freiliegenden Darmlappen werden die Harnleiter eingepflanzt. Nach ihrer Einheilung soll dann durch Verschluß der Darmfistel Kontinenz erzielt werden. Erprobt ist das Verfahren auch im Tierversuch noch nicht. Der einzige Hund, an dem die Operation versucht wurde, ging am 4. Tage durch Vorfall der Eingeweide zugrunde.

Die Mortalität der Blasenexstirpation beträgt 61,5%, denn nur 10 Pat. überstanden die Operation. Sie ist also technisch ausführbar, bietet aber eine äußerst schlechte Prognose. Es ist daher die Frühdiagnose mit Hilfe des Cystoskops zu erstreben, um womöglich mit Resektionen auszukommen. **M. v. Brunn** (Tübingen).

---

11) **H. Mohr.** Die chirurgische Behandlung der Nephritis.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 383.)

In dem Vortrage faßt Verf., ohne eigene Erfahrungen zu bieten, den Inhalt der bereits recht zahlreichen Arbeiten zusammen, welche über das obige Thema im Laufe der letzten 8 Jahre erschienen sind. M. sucht zunächst die Berechtigung einer chirurgischen Behandlung der Nierenentzündung, auch bei doppelseitigem Bestehen einer solchen, darzutun, erörtert eingehend die Indikationen und Heilwirkung der verschiedenen chirurgischen Eingriffe, von der einfachen Freilegung der Niere, der Nephrotomie, der Nephrolyse, Dekapsulation bis zu der nur ganz ausnahmsweise in Betracht kommenden Nephrektomie, und berichtet über die mit ihnen bisher erreichten Resultate. Nach diesen

erachtet er vorläufig die Nephrotomie als die typische Operation, die gegen schwere und lebensgefährliche Symptome, wie Infektion, übermäßige Nierenspannung, Schmerzen, Blutung, Anurie und Urämie, vorzügliches leistet. Daß auch die nephritische Grundlage der Symptome günstig beeinflußt werden könne, hält er für wahrscheinlich bei den akuten infektiösen Formen, für möglich bei den atypischen chronischen Nephritiden, für zweifelhaft bei dem typischen chronischen Morbus Brightii. Durch die vorsichtige Kritik M.'s ist seine Abhandlung besonders wertvoll. **Kramer** (Glogau).

12) **W. N. Tomaschewsky.** Zur Frage der Orchidopexie.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

T. empfiehlt das von Longard (vgl. dies. Zentralbl. 1903 Nr. 8) vorgeschlagene Verfahren mit einer Änderung. Er hat gefunden, daß die Befestigung der Fäden am Oberschenkel mittels Heftpflaster nicht ausreichend ist, weil die Haut des Beines dem Zuge des Fadens nachgibt. Darum empfiehlt er, die Fäden an eine Binde zu knüpfen, die ihrerseits in eine Schlinge ausläuft, welche um die Fußsohle des entsprechenden Beines gelegt wird. Bei richtiger Länge der Binde ist Pat. stets in der Lage, selbst den nötigen Zug an seinem Hoden auszuüben. Diese »Extension« pflegt T. solange liegen zu lassen, bis sie durchschneidet, d. h. ca. 3 Wochen.

T. berichtet über fünf so heruntergeholte Hoden. In allen Fällen erzielte er einen vollen Erfolg, den er bei dreien nach 8 Monaten kontrollieren konnte. **V. E. Mertens** (Breslau).

13) **H. Mohr** (Bielefeld). Über unvollständige Torsionen des Samenstranges mit spontanem Rückgang.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 43.)

Unvollständige oder vorübergehende Drehung oder Knickung des Samenstranges hat M. in zwei Fällen beobachtet, die durch anfallsweise, ohne besondere Ursache auftretende Schmerzen und Schwellung im Hodensack oder in der Leistengegend mit Rückgang der Erscheinungen nach einigen Tagen ausgezeichnet waren. Während nach dem letzten Anfalle bei dem ersten Kranken nur eine leichte Vergrößerung des normal gelagerten Hodens und eine Verdickung des Samenstranges auch noch nach Monaten nachzuweisen war, gab bei dem zweiten Pat. eine rezidivierende akute Hydrokele des Proc. vaginalis, kompliziert mit angeborenem Netzbruch und Atrophie des unvollkommen herabgestiegenen Hodens, mit den in letzter Zeit sich häufenden Schmerzanfällen die Veranlassung zur Operation — Radikaloperation des Bruches und der Hydrokele und Orchidopexie —, die zur vollen Heilung führte. Torsionserscheinungen waren hierbei nicht mehr festzustellen, doch war der atrophische Hoden noch livide gefärbt, es mußte also eine spontane Aufdrehung erfolgt sein. — Auch in diesen Fällen von unvollständiger Torsion mit spontanem Rückgang ist die Diagnose schwierig. Fehlen eines Traumas, einer Infektion von der Harnröhre oder Blase aus,

Wiederholung der Anfälle in Zwischenräumen mit plötzlichem Beginn und ebenso raschem Rückgange werden besonders dann, wenn eine abnorme Stielung und Beweglichkeit des Hodens und Flottieren desselben in einer Hydrokele des offen gebliebenen Processus vaginalis nachzuweisen war, zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose per exclusionem führen.

In rezidivierenden Fällen empfiehlt sich, da schließlich doch einmal eine vollständige Torsion mit raschem Verluste des Hodens eintreten kann, die operative Freilegung und Befestigung des Hodens als die rationellste Methode. **Kramer** (Glogau.)

14) **J. Rupfle.** Ein neue Methode der Hydrokelebehandlung.
(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 48.)

In zwei Fällen spritzte R. nach Punktion der Hydrokele 2 ccm einer Adrenalinlösung (1,0 : 5000,0) in den Sack; nach Ablauf leichter entzündlicher Erscheinungen resorbierte sich der entzündliche Erguß im Verlaufe von einigen Wochen, ohne daß seit dem — d. h. seit über $^1/_2$ Jahr — bei den früher nach der Punktion usw. immer wieder sehr rasch rezidivierten Fällen die Hydrokele wiedergekehrt ist. Die heftigen Schmerzen nach der Injektion lassen sich durch Akoinzusatz mildern.
Kramer (Glogau).

15) **O. Ehrhardt.** Über angeborenen Schulterhochstand.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 470.)

Aus der Garrè'schen Klinik teilt Verf. drei Fälle von angeborenem Schulterhochstand mit. Unter Benutzung von 89 weiteren Fällen aus der Literatur erörtert er dann alle bei dem Krankheitsbild interessierenden Fragen, insbesondere die Ätiologie. Er vertritt die Ansicht, daß der angeborene Schulterhochstand nur ein Symptom ist, das auf verschiedene Weise zustande kommen kann. Von den aufgestellten Hypothesen für seine Ätiologie erkennt er drei an, welche denselben entweder als intra-uterine Belastungsdeformität auffassen, oder Muskeldefekte dafür verantwortlich machen, oder abnorme knöcherne oder bandartige Verbindungen des Schulterblattes mit der Wirbelsäule. Der erworbene Schulterhochstand kann durch rachitische Verkrümmung des Schulterblattes oder durch Versteifung des Schultergelenkes in Abduktionsstellung hervorgerufen werden. Die operative Behandlung ist am aussichtsvollsten in den Fällen, bei denen eine abnorme knöcherne oder bandartige Verbindung des Schulterblattes mit der Wirbelsäule vorhanden ist. **M. v. Brunn** (Tübingen).

16) **R. Whitmann.** The distinction between fracture of the neck of the femur and epiphyseal disjunction in early life, with reference to its influence upon prognosis and treatment.
(Med. news 1904. September 24.)

Die Ansicht des Verf., daß der Schenkelhalsbruch relativ häufig im *jugendlichen* Alter zur Beobachtung gelangt, steht im Gegensatze

zu der Anschauung deutscher Autoren. Verf. verwahrt sich speziell dagegen, daß Hoffa von zehn vom Verf. als Schenkelhalsbrüchen beschriebenen Fällen nur vier als solche anerkennt, während die anderen sechs als Epiphysenlösungen zu betrachten seien.

Verf. hält eine exakte differentielle Diagnose im Hinblick auf die Behandlung für notwendig.

Die Epiphysenlösung ist oft nur partiell. Nach geringfügiger Gewalteinwirkung treten Hinken, Versteifung des Hüftgelenkes und Schmerzen auf.

Einige Wochen später bei einer weiteren leichten Schädigung treten plötzlich die Symptome einer Fraktur auf, welche sich jedoch von dem typischen Schenkelhalsbruch unterscheiden lassen.

Die Außenrotation ist ausgeprägter und die Verkürzung geringer. Die Spasmen der das Gelenk umgebenden Muskulatur versteifen dasselbe in Streckstellung. Im Scarpa'schen Dreieck zeigt sich oft eine Schwellung, welche durch das innere Fragment des Schenkelhalses verursacht wird.

Die Behandlung besteht in der Eröffnung des Gelenkes mittels einer antero-lateralen Inzision und der Reposition des noch anhaftenden Gelenkkopfes. Ein das Gelenk feststellender Verband bleibt 6 Wochen lang liegen, wonach Gehversuche mit Krücken unternommen werden.

Der Schenkelhalsbruch Jugendlicher unterscheidet sich diagnostisch in nichts von dem des späteren Alters. Verf. behandelt ihn mit einem Kontentivverband in abduzierter Stellung. Er beschreibt zwei Fälle von operierten Epiphysenlösungen. Im ersten Falle konnte die Pat., ein 15jähriges Mädchen, nach 3 Monaten ihr Bein wieder gebrauchen, und nach 9 Monaten ist nur noch eine geringe Flexionsstellung ohne nennenswerte Funktionsstörung zurückgeblieben. Der zweite Fall konnte innerhalb derselben Zeit zur anatomischen wie zur funktionellen Norm zurückgebracht werden. Die Exzision des Gelenkkopfes läßt Verf. nur als Operation der Not zu, die der Wahl stellt die blutige Reposition dar.

Hofmann (Freiburg i. B.).

---

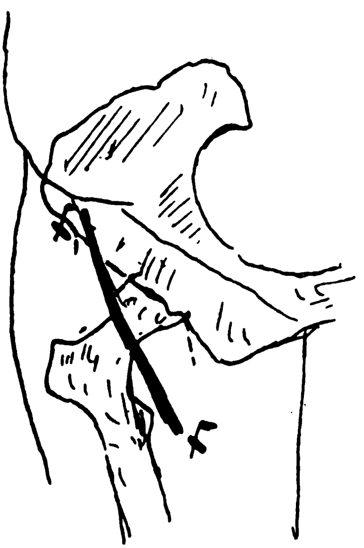
17) **Freemann.** The union of unnuited fractures of the neck of the femur by open operation.

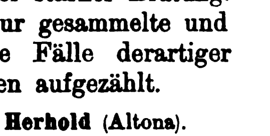
(Annals of surgery 1904. Oktober.)

Verf. bricht eine Lanze für die operative Behandlung der Oberschenkelhalsbrüche; doch sind die Fälle für derartige Operationen auszusuchen. Die Personen dürfen nicht zu alt sein und keine organischen Fehler haben, sowie überhaupt nicht zu schwach sein. Auch der Grad der vorhandenen Beschwerden ist ein Faktor, der bezüglich der Operation in Betracht gezogen werden muß.

Der Operationsschnitt beginnt dicht unterhalb der Spina anterior superior des Beckens und geht von hier nach unten innen, dabei aber an der Außenseite des M. sartorius bleibend (xx[1]). Einen äußeren

über dem Trochanter liegenden großen Muskellappen zu bilden, verwirft F. Nachdem die Bruchstelle freigelegt ist, werden alle zwischengelagerten Weichteile und Knochensplitter entfernt und die Bruchflächen mit dem Meißel angefrischt. Ein Streckverband mit oder ohne Gips-Beckenhülse genügt zur Fixierung der Knochenenden nicht. Dieselben sind vielmehr durch Schrauben oder besser namentlich bei weichen Knochen durch Knochenklammern festzustellen. Diese letzteren bleiben solange liegen, bis der Knochen einigermaßen fest geworden ist; nur bei Eintritt von Fieber werden sie früher entfernt. Drainage ist nötig bei starker Blutung. 13 aus der Literatur gesammelte und günstig verlaufene Fälle derartiger Operationen werden aufgezählt.





Herhold (Altona).

---

18) **Codivilla.** Sulla terapia dell' accorciamento nelle deformita dell' arto inferiore.

(Arch. di ortopedia 1904. Nr. 5.)

Während man bei frühen Frakturen zum Ausgleiche der Verkürzung nur relativ geringe Mengen von Gewichten braucht, steigert sich die notwendige Kraft bedeutend, je längere Zeit verflossen ist. Soll eine winklige Difformität gestreckt oder eine durch Übereinanderschieben der knöchernen Teile entstandene longitudinale Verkürzung ausgeglichen werden, so kann man die zur Überwindung der Weichteile, speziell der Muskeln, notwendige Kraft nach einer mathematischen Formel berechnen, welche besagt: Die Verkürzung der Weichteile bei winkliger Verschiebung an einem Gliede mit Übereinanderschieben der Bruchstücke vorhanden, ist gleich der doppelten Distanz der Weichteile vom Gliede, dividiert durch den Tangens des halben Winkels der Difformität, das Ganze vermehrt durch die Längsverschiebung. Die Verkürzung wächst mit ihrem Abstande vom Knochen, mit der Längsverschiebung und dem Spitzerwerden des Winkels. Bei Längsverschiebung allein ist die Verkürzung gleich derselben. Bei winkliger Knickung allein gleich dem doppelten Abstande vom Knochen dividiert durch den Tangens des halben Winkels. Um die Formel brauchbar zu gestalten, müßten nun auch durch Untersuchungen, welche bisher fehlen, der normale Widerstand der Muskeln gegen dehnende Kräfte bekannt sein. Die theoretische Formel erfährt ferner Modifikationen durch die verschiedene Zahl und Verlaufsrichtung usw.

der Muskeln. — Im allgemeinen empfiehlt es sich ferner nicht, nach der Osteotomie von Deformitäten eine permanente Gewichtsextension zu verwenden, vielmehr ein- oder besser mehrmalige Traktionen am Schede-schen Tische mit sehr bedeutender Kraft (bis 70 kg) und nachherige Feststellung im Gipsverband. Die sofortige Anwendung so hoher Gewalten ist jedoch gefährlich, und hat C. danach schwere nervöse Störungen, Konvulsionen gesehen, welche mit Aufhören des Zuges sofort schwanden. Er verwendet daher jetzt wiederholten Zug in mehreren Sitzungen bis zur Erlangung des beabsichtigten Zuges. Der zuerst in Extension angelegte Gipsverband wird dazu zirkulär an der Operationsstelle durchschnitten, erneut extendiert und die neue Verlängerung durch Gips fixiert usw., auch sah C. allerlei Unannehmlichkeiten, insbesondere Decubitus auf dem Fußrücken. Seit längerer Zeit läßt er daher den Unterschenkelteil des Gipsverbandes nur bis zum unteren Drittel des Gliedes reichen. Daran setzen sich zwei Schienen, in welche ein Nagel von 4—7 cm befestigt wird, den C. quer durch den Calcaneus etwas hinter der Fußgelenkslinie schlägt. Vermittels einer Flügelschraube läßt sich die Stellung des Nagels an den Schienen etwas verändern und so das Maß der Spannung des Fußes (natürlich nicht der osteotomierten Teile!) etwas regulieren. Der Nagel wird vorzüglich vertragen, macht keinen Decubitus im Knochen, obwohl er die ganze Kraft der Extension auf letzteren überträgt. Siehe auch das Referat über die Arbeit von Rossi, Come si possono correggere le guarigioni deformi etc. Arch. di ortop. 1904 Nr. 2, Zentralbl. 1904 Nr. 42.

Pagenstecher (Wiesbaden).

---

19) **G. Schmidt.** Über die operative Behandlung der Elephantiasis des Beines.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 595.)

Auf Grund der günstigen Erfahrungen der v. Mikulicz'schen Klinik, aus welcher Verf. vier Fälle von Elephantiasis des Beines mitteilt, empfiehlt er massige Keilexzisionen, die er als einen gänzlich ungefährlichen, leicht auszuführenden und auf lange Zeit sehr wirksamen Eingriff bezeichnet, geeignet für alle Fälle, wo die äußeren Umstände und die Beschaffenheit des Operationsfeldes ein aseptisches Operieren gestatten.

M. v. Brunn (Tübingen).

Kleinere Mitteilungen.

20) **Eastmann and Keene.** Bacillus pyocyaneus septicaemia associated with blastomycetic growth in primary wound.

(Annals of surgery 1904. November.)

Verff. halten den Bacillus pyocyaneus nicht, wie einige Autoren, für harmlos; ein beobachteter Fall bewies ihnen vielmehr, daß er recht schwere septische Erscheinungen hervorrufen kann. In diesem näher geschilderten Falle bildeten sich auf einer am Arme befindlichen granulierenden Wunde Blasen, welche platzten und ein wäßriges Sekret absonderten. Das letztere zeigte nach einiger Zeit eine

bläuliche Farbe; die Wunde war teils bräunlich, teils, namentlich an den Rändern, blau gefärbt. Wegen des schlechten Aussehens der Wunde und der geringen Neigung zur Heilung wurden alle Mittel angewandt, wie Paquelin, Röntgenstrahlen, $^1/_2$stündliche Umschläge von $1^0/_{00}$iger Sublimatlösung nach Abschaben der Granulationen. Man wurde der Krankheit nicht Herr, es stellte sich ein komatöser Zustand mit Milzschwellung und schnellem Puls ohne Fieber ein. Von dem Sekrete wurden Kulturen angelegt, es wuchsen zwei Arten von Kolonien, von welchen die einen den Bacillus pyocyaneus, die anderen ein blastomycetisches Gebilde zeigten. Unter lokaler Behandlung mit 10%iger Ichthyollösung, Salzinfusionen und innerlicher Eingabe von Jodkalium wurde schließlich Heilung erzielt.

Verff. glauben, daß die granulierende Wunde zuerst durch Blastomyceten infiziert gewesen sei, und daß sich dann sekundär eine Infektion durch den Bacillus pyocyaneus anschloß. Sie weisen darauf hin, daß die durch den letzteren hervorgerufene Septhämie vorwiegend nervöse Störungen (Koma, Konvulsionen) hervorruft; auch bei Guinea-Hühnern wurden nach Infektion mit Bacillus pyocyaneus Konvulsionen beobachtet. **Herhold** (Altona).

21) **S. Voronoff.** L'actinomycose en Egypte.

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 133.)

Zur Aktinomykose des Menschen, die in Ägypten bis jetzt noch selten erkannt wird, teilt V. einen von ihm diagnostizierten interessanten Fall mit.

Der Unterkiefer eines 42jährigen Eingeborenen aus der Gegend von Kairo hatte sich im Laufe von 17 Jahren in eine »monströse«, knochenharte Masse verwandelt. Pat. hatte alle Zähne bis auf den letzten Molar verloren und konnte die Kiefer mit Mühe $^1/_2$ cm voneinander entfernen. Es waren fünf Fisteln vorhanden, deren Sekret Pat. beständig verschluckte.

Bei der Operation fanden sich in der harten Geschwulst neben Erweichungsherden zahlreiche Hohlräume. in deren gelbem Sekret typische Aktinomyceskörner entdeckt wurden. Mit dem Meißel wurde die Geschwulst auf die Größe eines normalen Unterkiefers reduziert. Glatte Heilung. **V. E. Mertens** (Breslau).

22) **J. Rudis-Ticinsky.** The Roentgen rays in the treatment of tuberculosis of the joints.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. Nr. 9.)

Bericht über Heilungen von Gelenktuberkulosen durch Röntgenbestrahlungen: vier Fälle von Knietuberkulose wurden in 4 Monaten zu vollständiger Ankylosierung gebracht; der Tumor albus war sehr rasch zurückgegangen. Tuberkulöse Koxitis wurde einmal in 4 Monaten (bei einem 18jährigen), einmal in 5 Monaten unter gleichzeitiger Anwendung von Streckverbänden geheilt. Täglich eine Bestrahlung von ca. 10 Minuten, meistens mit harten Röhren. **Lengemann** (Bremen).

23) **W. Danielsen.** Der Cysticercus cellulosae im Muskel.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 238.)

D. beschreibt aus der v. Bruns'schen Klinik zwei Fälle von vereitertem Cysticercus, von denen der eine bei einer 36jährigen Frau im M. pectoralis major, der andere bei einem 31jährigen Weißgerber im M. obliquus abdominis externus saß.

Er läßt dann eine kurze Literaturübersicht folgen, aus welcher sich ergibt, daß von 23 Fällen multipler Cysticercen 11 ausschließlich die Muskeln, 12 diese zusammen mit anderen Organen betrafen. Solitäre Muskelcysticercen werden 33 aufgezählt. **M. v. Brunn** (Tübingen).

24) **Powers.** The bridging of nerve defects.

(Annals of surgery 1904. November.)

P. bespricht an der Hand von aus der Literatur gesammelten Fällen die Methoden, große Nervendefekte zu ergänzen. Von Nervenpfropfung, d. h. von Einpflanzen eines vom Tier entnommenen Nervenstückes fand er 22 Fälle, von Lappen-

bildungen 11, von seitlicher Einpflanzung oder Anastomosenbildung durch Benutzung eines in der Nähe liegenden Nerven 10, von Annäherung der Nervenenden durch Knochenresektion 7, von Catgutnaht auf Entfernung 5. Das Resultat war in vielen Fällen kein gutes, so daß es dem Verf. zurzeit nicht möglich ist, eine Methode zur Überbrückung zweier Nervenenden zu empfehlen. Er glaubt, daß die Nervenplastik und die seitliche Einpflanzung noch die besten Resultate geben wird. In ausgewählten Fällen kann auch eine Knochenresektion zum Ziele führen. Jedenfalls ist die Zwischenpflanzung von durch Tiere gewonnenen Nervenstücken als nutzlos gänzlich zu verlassen. **Herhold** (Altona).

25) **K. Walko** (Prag). Über Pericystitis nach latenter Perityphlitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 45.)

In den von W. beobachteten zwei Fällen war es durch Fortschreiten des latenten entzündlichen Prozesses in der Blinddarmgegend auf das perivesikale Bindegewebe zu beträchtlicher Geschwulstbildung in diesem und zu starken Beschwerden beim Urinlassen gekommen; das Exsudat bildete sich unter Eis- und Alkoholumschlägen langsam zurück. W. nimmt auf Grund dieser Beobachtungen an, daß auch in manchen anderen, in der Literatur veröffentlichten Fällen von Pericystitis idiopathica vorangegangene latente Erkrankungen des Wurmfortsatzes die Ursache jener gewesen seien, da die betreffenden Kranken vorher an Stuhlverstopfung mit Koliken und nachfolgendem Erbrechen, einzelne auch außerdem noch an Fieber gelitten hatten. **Kramer** (Glogau).

26) **R. Lichtenstern.** Erfahrungen über Harnsegregation.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 30.)

In der Zuckerkandl'schen Abteilung ist der Luys'sche Harnsegregator, der durch verkleinertes Kaliber und verbesserte Krümmung auch für Männer- und Kinderblasen brauchbar gemacht wurde, mit gutem Erfolge (Nachprüfung durch Harnleiterkatheterismus) zur Anwendung gekommen. Indessen ist die Technik subtil, deren nähere Beschreibung im Original nachzulesen ist.

Hübener (Dresden).

27) **Fritz König** (Altona). Über intermittierende cystische Dilatation der vesikalen Ureterenden.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 50.)

Bei dem 45jährigen Pat. hatte seit der Kindheit abnorm häufiger Harndrang und auffallende Verlangsamung der Harnentleerung bestanden und war seit einigen Tagen, bei Ruhe vorübergehend, Blut und Hämoglobin dem Urine beigemengt. Die cystoskopische Untersuchung ergab anstelle der beiden Harnleitermündungen in der Blase kugelige bezw. konische Hervorwölbungen, die, nach Entleerung des Harnes stoßweise kollabierend, nach einer Pause sich wieder bildend, ballonartige Erweiterungen des vesikalen Harnleiterteiles darstellen, dessen Öffnung nicht verengt ist. Wie Bostroem, führt auch K. die cystische Ausweitung auf einen angeborenen Defekt der Blasenmuskulatur an jenen Stellen zurück; die Blutung war die Folge einer entzündlichen Reizung der Blase und des Harnleiters.

Kramer (Glogau).

28) **J. Nicolaysen.** Vier Fälle von Harnretention in der Niere wegen Ureterstenose.

(Norsk Magazin for Laegevidenskaben Jahrg. 64. p. 1297.)

Nach einleitenden allgemeinen Bemerkungen über die anatomischen Veränderungen, welche die Harnleiterstenose hervorrief, die aseptische Retention und die Reflexwirkungen an der anderen Niere, liefert Verf. zuerst eine anatomische Beschreibung vier von ihm behandelter Fälle des fraglichen Leidens und erwähnt dann die Symptome, den Verlauf, die Diagnose und die Behandlung, wobei die aus

der Literatur bisher spärlich erwähnten analogen Fälle in Vergleich gezogen werden.

Im ersten Falle lag die Striktur am Eintritt in die Blase und war durch eine narbige Schrumpfung bedingt an der Stelle der Einpflanzung des linken Harnleiters in die Blase. (Bei einer vorherigen Operation wegen Myomata uteri wurde der Uterus total exstirpiert; andauernde Schmerzen indizierten eine parasakrale Operation, wobei der linke Harnleiter durchtrennt wurde; er wurde dann später in die Blase eingepflanzt und heilte ein.) Die renale Retention rief intermittierende sehr schmerzhafte Anfälle hervor, abwechselnd in der rechten und linken Seite. Vergebens versuchte Verf. den Harnleiter zu dehnen, sowohl von der Blase als von einer inzwischen angelegten Nephrotomiewunde aus; schließlich kam es zur Nephrektomie. Die Niere war bis zu halber Größe verkleinert, das Nierenbecken etwas vergrößert.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine rechtsseitige infektiöse akute Pyelonephritis. Bei der Operation fand man eine mäßige Erweiterung des Nierenbeckens, das Steine von kohlensaurem Kalk enthielt und mit einer Eitermembran bekleidet war. Die ringförmige Striktur saß am Übergange des Nierenbeckens in den Harnleiter, dessen Lichtung völlig verlegt war. Nephrotomie, 4wöchige Dehnung der Striktur von der Nierenwunde aus, Heilung; seit 2 Jahren kein Eiweiß, nur einige Leukocyten im Urin.

Die beiden letzten Fälle sind rechtsseitige Hydronephrosen im Anfangsstadium. Der eine zeigt eine intermittierende Entwicklung. Bei der Operation fand man eine vollständige Striktur in dem obersten Zentimeter des Harnleiters. Pat. wurde durch eine Uretero-pyelo-neostomie nach Küster dauernd geheilt. — In diesem Falle fand Verf. vor der Operation rote und weiße Blutkörperchen im Harne der nicht stenosierten Seite, eine Nephritis, die Verf. durch die Wirkung von Nephrotoxine erklären will, herrührend aus der stenosierten Niere. 7 Monate nach der Operation war der Harn der nicht stenosierten Seite klar, der der hydronephrotischen enthielt noch Zylinder und Eiweiß.

Im letzten Falle handelte es sich um eine intermittierende Hydronephrose im Anfangsstadium. Die Operation wurde unmittelbar nach einem Anfalle mit Polyurie gemacht. Etwa 20 g Residualurin traf man im Nierenbecken. Die Retention war durch eine ebensolche zirkuläre fibröse Striktur verursacht wie im dritten Falle, und zwar an derselben Stelle. Der Harnleiter war um die Hälfte seiner Lichtung verengt. Uretero-pyeloplastik. Heilung. **Hansson** (Cimbrishamn).

29) Stich. Über Massenblutungen aus gesunden und kranken Nieren.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

Unter vier Beobachtungen aus der Kieler medizinischen Klinik, welche durchaus mit großer Wahrscheinlichkeit für die Existenz einseitiger hämorrhagischer Nephritis sprechen, ist eine von hervorragender Wichtigkeit. Denn die jetzt viel diskutierte Frage, ob es einen einseitigen Morbus Brightii gibt, wird durch diesen Fall in unanfechtbarer Weise in bejahendem Sinne beantwortet. Bei einer 30jährigen Frau mit starken Nierenblutungen kam es zur Sektion; die Kranke erlag einer doppelseitigen aszendierenden Pyelonepritis. Während in beiden Nieren kleine Abszesse ziemlich gleich stark verbreitet waren, fand sich rechts eine chronische, diffuse Nephritis, die sich in keiner Weise von den Befunden unterschied, welche wir bei den subchronisch und chronisch verlaufenden Nephritiden, speziell bei der chronisch hämorrhagischen Nephritis finden, während die linke, abgesehen von den erwähnten Eiterherden und damit verbundenen akuten degenerativen Erscheinungen, nichts zeigte, was auf einen der anderen Seite analogen Prozeß hinwies. Nur im rechten Nierenbecken fand sich ein großes Blutgerinnsel, das linke war frei. Die Blutung muß also aus der rechten Niere erfolgt sein.

Wenn der strikte Beweis der Einseitigkeit einer Nephritis nur durch die Sektion, und zwar nur mit mikroskopischer Untersuchung geliefert werden kann, so scheint in der Tat der vorliegende Fall der einzige zu sein, der diesen Ansprüchen genügt.

S. führt weiter aus, warum ein angioneurotischer Ursprung der Blutung oder irgendeine andere Ursache, als hämorrhagische einseitige Nephritis, in diesem Falle auszuschließen ist. **Haeckel** (Stettin).

30) **G. Delkeskamp.** Beiträge zur Nierenchirurgie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 1.)

Der sehr eingehenden Arbeit liegen 105 Fälle der Garrè'schen Klinik zugrunde, und zwar 13 Wandernieren, 11 Hydronephrosen, 17 Pyonephrosen, 11 Tuberkulosen, 22 solide bösartige Geschwülste, 3 Geschwülste mit Cystenbildung, 2 solitäre Nierencysten, 7 paranephritische Abszesse, 17 Fälle von Nephrolithiasis und 2 Nierenrupturen. Der Besprechung aller dieser Erkrankungen vermag das Referat natürlich nicht zu folgen, und muß deshalb auf das Original verwiesen werden.

Von 40 Nephrektomien wurden 8 auf transperitonealem, 32 auf extraperitonealem Weg ausgeführt. Beim Lendenschnitt wurde die schräge Schnittführung nach v. Bergmann bevorzugt. Von Nebenverletzungen kommt der Eröffnung des Bauchfells bei genügender Vorsicht nur eine geringe Bedeutung zu. Bedrohliche Blutungen können bei der Luxation einer Nierengeschwulst durch Einreißen der Nierenvene oder der V. cava selbst entstehen. 2mal wurde die Naht der V. cava mit Erfolg ausgeführt. **M. v. Brunn** (Tübingen).

31) **W. G. Nash.** Benign villous tumor of the renal pelvis, haemothorax; nephrectomy; recovery.

(Lancet 1904. Dezember 17.)

Verf. beschreibt einen durch Nephrektomie geheilten Fall einer gutartigen papillomatösen Geschwulst des rechten Nierenbeckens bei einem 38jährigen Manne, der an häufiger, auch bei absolut ruhigem Verhalten (nachts) auftretender Hämaturie litt. Eine nach Verf. in der Literatur noch nicht beschriebene Komplikation stellt eine vom Nierenbecken aus erfolgte Zwerchfellperforation mit Hämatothorax dar. Zur Zeit der Operation war die Perforationsstelle allerdings nicht mehr durchgängig. Die Niere war erheblich vergrößert, hatte ca. 10 Zoll im Längsdurchmesser. Verf. stellt 49 Fälle von Zottengeschwülsten des Nierenbeckens aus der internationalen Literatur tabellarisch zusammen. Abbildungen des eigenen Präparates, sowie des histologischen Bildes sind der Arbeit beigegeben.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

32) **Jutkowski.** Über plastische Operationen an Penis und Scrotum im Anschluß an einen Fall von Schindung der männlichen Genitalien.

Inaug.-Diss., Breslau, 1904.

Verf. stellt 14 Fälle von Schindung der männlichen Genitalien aus der Literatur zusammen und berichtet eingehend über den von Kausch auf dem 33. Chirurgenkongresse demonstrierten Fall (cf. dieses Blatt 1904, Nr. 27, Beilage, p. 28). Er gibt eine Übersicht der verschiedenen zur Deckung von Penishaut- und Scrotumdefekten angewandten Methoden und empfiehlt als die besten für die ersteren die Transplantationen nach Thiersch oder doppeltgestielte Lappen aus Hodensack- oder Bauchhaut, für die letzteren, wenn die Naht nicht möglich ist, Lappenplastik von Oberschenkel und Damm. Ferner berichtet J. über einen von v. Mikulicz operierten Fall von Luxatio penis ins Scrotum, die im Anschluß an eine nach ritueller Zirkumzision eingetretene Gangrän entstanden war.

Müller (Dresden).

33) **E. Grunert.** Ein Fall von Torsion des Samenstranges. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 43.)

Der Fall betraf einen 5jährigen Knaben mit Erscheinungen eines rechtsseitigen eingeklemmten, vielleicht schon brandigen Leistenbruches; die Skrotalhaut war ge-

rötet, der linke Hoden nicht zu fühlen (Kryptorchismus). Die Operation ergab eine Torsion des rechten Samenstranges mit Hoden um 360°; Ductus deferens einer- und Art. und V. spermatica anderseits verliefen als zwei Stränge isoliert nebeneinander, der rechte Hoden war von Hämorrhagien durchsetzt, die Venae spermaticae thrombosiert; deshalb Kastration mit Ausgang in Heilung. Der Fall bestätigt, daß Abnormitäten während des Descensus testiculi für eine eventuell spätere Torsion des Hodens und Samenstranges prädisponieren, die direkte Ursache für letztere in einem oft nur leichten Trauma besteht, die Fälle von Torsion des Hodens und Samenstranges unter dem Symptomenkomplex einer Brucheinklemmung, und zwar zunächst äußerst stürmisch, später — nach 2—3—4 Tagen — unter plötzlichem völligem Verschwinden dieser Erscheinungen, wie aus den später oder nicht operierten Fällen hervorgeht, verlaufen, und daß die Folge einer Torsion immer zunächst eine starke Hyperämie bis zur Infarktbildung und schließlich eine daraus resultierende Nekrose des Hodens ist. **Kramer** (Glogau).

34) **M. Tichonow.** Zwei Fälle vollkommen einseitiger Entwicklung des Wolff'schen Körpers.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Auf Grund des Studiums der einschlägigen Literatur und zweier eigenen Fälle kommt T. zu der praktischen Forderung: Es ist notwendig, vor Operationen an den Nieren sich nach Nebenhoden, Vas deferens und Samenbläschen umzusehen, da ihr Fehlen mit dem Mangel einer Niere in engem genetischen Zusammenhange steht. **V. E. Mertens** (Breslau).

35) **S. Kostlivy.** Über interparietale Hydrokelen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 20.)

Mitteilung zweier einschlägiger Fälle aus der Frank'schen Abteilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses, deren einer doppelseitig vorhanden war. Aufzählung der übrigen wenigen bisher beobachteten Fälle. **Hübener** (Dresden).

36) **Gerlach.** Klinisch-statistischer Beitrag zur Frage der Sehnenplastik und Sehnentransplantation.

Inaug.-Diss., Rostock, 1904.

Der aus der Rostocker chirurg. Klinik hervorgegangenen Arbeit ist das von Müller in Aachen und Rostock operierte Krankenmaterial zugrunde gelegt. Es umfaßt 72 Pat., an denen 104 Sehnenoperationen ausgeführt sind. G. berichtet vorwiegend über die Dauerresultate dieser Operationen, die teils durch eigene Nachuntersuchungen (20 Fälle), teils durch andere Ärzte (32 Fälle), teils durch die Pat. bezw. deren Angehörige (13 Fälle) festgestellt worden waren. Nur in 7 Fällen konnte über das Dauerresultat nichts mitgeteilt werden, weil die Pat. entweder verschollen (3) oder verstorben (2) oder noch in Behandlung (2) waren.

G. gibt einen Überblick über das Gesamtmaterial, er beschränkt sich nicht bloß auf die Mitteilung der guten Operationsresultate, sondern zieht auch die Mißerfolge in den Kreis seiner Darstellung. Nach dieser Richtung hin verdient, abgesehen von der sorgfältigen Verarbeitung des interessanten Materiales, die vorliegende Dissertation erhöhte Beachtung. Die Beurteilung der Frage, in wieviel Fällen ein »gutes« und in wieviel Fällen ein »schlechtes« Resultat erzielt wurde, überläßt G. dem Leser; er läßt sie aus dem Grund offen, weil einmal wegen der Verschiedenartigkeit der Indikation der beabsichtigte Effekt ein recht variabler war, sodann weil sich das von Laien über den Enderfolg gefällte Urteil nicht mit den ärztlichen Nachuntersuchungen auf gleiche Stufe stellen ließ. Nach einem kurzen Überblick über die leitenden Gesichtspunkte und über die Technik, die bei der Ausführung der Operationen maßgebend waren, folgen die in gedrängter Kürze wiedergegebenen und in Gruppen eingeteilten Krankengeschichten. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (38 Fälle von 72) handelte es sich um spinale Kinderlähmung, in je 6 Fällen um zerebrale Kinderlähmung und Little'sche Krankheit,

in je 2 Fällen um traumatische periphere Nervenlähmungen und spastische Kontrakturen nach Hemiplegie, in 3 Fällen um traumatische Sehnen- und Muskelverluste, in 7 Fällen um Gelenkkontrakturen nach Ulcus cruris, Osteomyelitis und Gelenkrheumatismus, in 5 Fällen um erworbenen Plattfuß und in 2 Fällen um angeborenen Klump- oder Hohlfuß. Die sehr fleißig geschriebene, 158 Seiten starke Dissertation liefert einen wertvollen Beitrag zur objektiven Beurteilung der Sehnentransplationen. **Deutschländer** (Hamburg).

37) **R. Glitsch** (Stuttgart). Zur Pathogenese der Narkosenlähmung.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 42.)

In dem von G. beobachteten Falle handelte es sich um eine vollständige schlaffe Lähmung des ganzen linken Armes, der während der Narkose nicht andauernd in Hyperelevation gehalten worden war. Die Plexuslähmung war nicht durch Druck des Schlüsselbeines auf die 1. Rippe, sondern durch direkten Druck des Humeruskopfes entstanden. Pat. hatte eine abnorm schlaffe Schultergelenkskapsel als Folge eines latenten chronischen Prozesses im Schultergelenke, so daß eine akute Subluxation des Caput humeri beim Erheben des Armes entstanden, der Plexus hierbei stark gezerrt worden sein mochte, außerdem aber der chronisch entzündliche Prozeß im Gelenk eine akute Steigerung erfahren hatte, die zu einer langdauernden Bewegungsstörung des Gelenkes führte. **Kramer** (Glogau).

38) **G. Schmidt.** Über das Aneurysma der Art. axillaris infolge von Schulterverrenkung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 497.)

Bei einem 65jährigen Steinarbeiter mit starker Arteriosklerose entwickelte sich nach einer Schulterverrenkung nach vorn ein Aneurysma der Art. axillaris und Lähmung des Armes. Bluterguß und Schwellung in der Achselhöhle entstanden unmittelbar durch den Unfall, nicht erst durch die Einrenkungsmaßnahmen. Unterbindung der Art. subclavia unterhalb des Schlüsselbeines. In einer zweiten Sitzung Ausräumung der Gerinnsel von einem kleinen Schnitt aus. Nach einem Jahre war die Hautsensibilität im Gebiete des N. musculo-cutaneus sowie die Funktion des Biceps und Brachialis internus teilweise wiedergekehrt.

M. v. Brunn (Tübingen).

39) **Glauner.** Ein Fall von Naht der Art. brachialis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 45.)

Es handelte sich um eine 1 cm lange Schlitzwunde der Art. brachialis im unteren Drittel. Dieselbe wurde mit vier Catgutnähten geschlossen. Gleich nach der Naht war der Radialpuls fühlbar. Glatte Heilung. **Borchard** (Posen).

40) **Madelung.** Über den Radiusbruch der Automobilfahrer.

(Straßburger med. Zeitung 1904. Hft. 11.)

Kasuistische Mitteilung eines Falles dieser modernen Berufsverletzung, die dadurch zustande kommt, daß beim Antriebe der Maschine infolge zu früher Explosion eines einzelnen Zylinders die Antriebskurbel mit großer Gewalt in rückwärtige Bewegung versetzt wird, wodurch die Hand bei mangelnder Aufmerksamkeit des Chauffeurs plötzlich in stärkste Dorsalflexion versetzt wird. Die Entstehungsart dieser Automobilistenradiusfraktur beweist besser wie jedes andere Experiment, daß der Radiusbruch an typischer Stelle ein Rißbruch ist. **Müller** (Dresden).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 5. Sonnabend, den 4. Februar. 1905.

Die mediale Leistenbruchpforte und der gerade Bauchmuskel[1].

Von

Dr. Heinrich Landau in Berlin.

Der Leistenbruch hat keine lebendige Muskelkraft zu überwinden, wenn er durch die Bauchwand hindurchtritt, sei es als angeborene, als unmerklich entstandene oder als traumatische Hernie. Zumal gilt das von der medialen Bruchpforte; die laterale verhält sich etwas anders. Die mediale Bruchpforte wird lateral begrenzt durch die epigastrische Falte, medial durch die Plica vesico-umbilicalis lateralis, oder, wenn man sich die Grube schon etwas eingestülpt denkt, durch die Falx aponeurotica inguinalis; nach unten kommt der fibröse Strang des Lig. inguinale reflexum (Collesii). Dicht unter der Haut würde der direkte Bruch noch die beiden Pfeiler des subkutanen Leistenringes zu passieren haben. Von dem vielschichtigen Muskelorgan der Bauchwand scheint an dieser Stelle nur Bindegewebe, loses und straffes, lockeres und geformtes, übrig zu sein: der innere schräge und der quere Bauchmuskel schicken ihre Fasern als Kremaster schon in die laterale Bruchpforte hinein, die mediale bedecken sie nur als Bindegewebsplatte. Und was den äußeren Bauchmuskel angeht, so spannen sich seine Leistenringpfeiler mehr oder weniger klaffend, aber bei Ruhe und Arbeit ihres Muskels unverändert, darüber hin.

Es giebt aber einen Muskel, der im Bereiche der medialen Bruchpforte noch voll muskulös ist; das ist der Rectus. In der Ruhe freilich fällt sein lateraler Rand fast mit der Falx aponeurotica inguinalis zusammen; bei starker Kontraktion verbreitert sich aber seine Symphysenpartie um einen guten Zentimeter. Er schiebt sich dabei wie eine Kulisse nach außen und verdeckt — bei guter Entwicklung — die mediale Bruchpforte vollständig.

Man sollte nun meinen, dem plötzlich entstehenden Bruche, wenigstens dem medialen, der doch gerade bei starkem Pressen durch den vereinten Druck von Zwerchfell und Bauchpresse durch seine Pforte getrieben wird, müßte der sich zugleich kontrahierende Rectus eine Schranke setzen. Das geschieht nicht, weil in der Inspirationsstellung von Thorax und Abdomen, die wir vor dem Pressen unwill-

[1] Die Übereinstimmung nachstehender Überlegungen mit den anatomischen Tatsachen habe ich bei Gelegenheit anderer Untersuchungen an dem Leichenmateriale der Berliner Anatomie festgestellt; für dessen Benutzung bin ich Herrn Geh.-Rat Waldeyer zu Dank verpflichtet. Der Verschluß der medialen Leistenbruchpforte durch den sich unter bestimmten Bedingungen kontrahierenden Rectus, der springende Punkt meiner Ausführungen, kann am Lebenden durch Betastung nach Art der Untersuchung auf Bruch ohne weiteres nachgewiesen werden.

kürlich einnehmen, der Rectus sich zunächst passiv spannt. Er verkürzt sich nicht, darum kann sein Symphysenansatz sich auch nicht verbreitern; die Kulisse reckt sich in die Höhe, statt seitlich in die Breite, und die mediale Bruchpforte bleibt frei.

Vor Jahren sah ich unter den »wonders« des Zirkus Barnum einen Menschen mit fabelhafter Beweglichkeit von Körperwand und Eingeweiden, der das Wechselspiel zwischen Thorax und Abdomen bei der Atmung in der Deutlichkeit grotesker Übertreibung zeigte: bei der Einatmung blähten die Eingeweide, vom Zwerchfell hinuntergedrückt, den Bauch zur Halkugel auf, über deren Mitte die Recti als schmale, gespannte Bänder verliefen; beim Ausatmen dehnte sich der untere Teil des Brustkorbes weit in allen Gelenken zur Aufnahme der Eingeweide, die unter dem Drucke der Bauchmuskeln in die Zwerchfellkuppel zurück hinaufstiegen; der Mann stand mit flachem, eingezogenem Leibe da wie ein Kropftauber, und auf dem gespannten Abdomen zeichneten sich die beiden Recti in stärkster Verkürzung mit entsprechender Verbreiterung deutlich ab.

Selbst wenn bei heftigem Pressen weiterhin der Willensimpuls zur Kontraktion auch zum Rectus gelangt, wird sich seine Gestalt nicht ändern, nur seine Form: er gerät in isometrische Kontraktion ohne Verkürzung und Arbeitsleistung; sein Ansatz bleibt schmal, die Bruchpforte ungeschützt.

Preßt man hingegen in Exspirationsstellung, so verkürzt sich der Rectus über dem Abdomen, das ihm die übrigen Bauchmuskeln flach drücken helfen, so viel er nur kann; an seiner Verbreiterung nimmt natürlich auch seine untere, seine Symphysenpartie teil: sie schiebt sich über die innere Bruchpforte hin und deckt sie als schützende Wand während der ganzen Dauer der Kontraktion.

Selbst für die lateralen Brüche ist dieser physiologische Schutz nicht ohne Bedeutung; auf ihrer schrägen Wanderung durch die Bauchwand kreuzen sie bald den Weg der direkten (medialen) Brüche, und die Barrière des Rectus könnte sie wenigstens hier noch aufhalten.

Nicht gleichgültig für die Entstehung von Brüchen ist schließlich die Form der Bauchhöhle, wie sie sich bei Ein- und Ausatmung darstellt. Grob genommen mag uns der Umriß eines Eies, das spitze Ende nach unten, den Sagittaldurchschnitt der Bauchhöhle anschaulich machen (Rose). Die Einatmung flacht das stumpfe Ende, das Zwerchfell, ab und buchtet das andere aus; fast haben wir ein Rechteck mit abgerundeten Ecken. Anders die Ausatmungsstellung; sehr spitz wird der untere Winkel, und der Umriß sieht fast herzförmig aus. Dort lasten also die Eingeweide in breiter Schicht auf den fast wagrecht stehenden Bruchpforten, die kein Muskel schützt; hier drängt die Kontraktion des gleichen Muskels, der die vordere Bauchwand mit ihren Bruchpforten fast senkrecht stellt und die mediale sogar direkt verschließt, zum Überfluß noch die Eingeweide von der gefährdeten Bruchpfortengegend weg nach oben. Wie viel leichter also bei Inspirationsstellung ein Bruch durchtreten kann, ist klar.

Aber wir sind es nun einmal gewohnt, besonders bei heftiger Anstrengung, in Inspirationsstellung zu pressen. Sicher nicht ohne Grund: der tiefe Atemzug liefert den Sauerstoff für die nächsten Augenblicke, wo der Körper mit geschlossener Stimmritze ohne Luftwechsel seine Muskeln arbeiten läßt. Und diese arbeitenden Glieder, besonders die Arme mit ihren auf Brust und Rücken übergreifenden Muskeln haben an dem elastisch geblähten Thorax festeren Rückhalt als an dem exspiratorisch zusammengesunkenen. Für jemanden aber, der eine »weiche Leiste«, weite Bruchpforten oder gar schon eine kleine Hernie hat, mag es wohl der Mühe wert sein, umzulernen. Der Impuls, bei jedem Pressen, jeder Anstrengung, jedem Niesen erst die Recti so stark wie möglich zu spannen, die Bruchgegend zu sichern, wird bald zum Reflex, und ich glaube wohl, daß mancher mit Bruchanlage behafteter Mensch, auch von der schwer arbeitenden Menge, auf diese Weise dauernd ohne Operation oder Bruchband leistungsfähig zu erhalten ist.

---

1) **O. Dornblüth.** Diätetisches Kochbuch. Zweite Auflage.

Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitsch), 1905. 351 S.

Da auch der Chirurg diätetische Vorschriften in eingehender Weise nicht selten geben muß, so sei hier kurz auf dieses Werk hingewiesen. Verf. bespricht zunächst die Grundregeln der Ernährung und dann die einzelnen Nährmittel nach ihrer Zusammensetzung und ihrem Wert. Daran schließen sich die Diätvorschriften für den Gesunden und für den Kranken. Die Diät des Diabetikers ist besonders eingehend beschrieben. Die Darstellungsweise ist durchweg klar, allgemein verständlich und anregend; durch Hinweise auf Physiologie und Pathologie wird das Gesagte begründet. Das Buch verdient daher empfohlen zu werden.

A. Most (Breslau).

---

2) **L. Brieger** und **A. Laquer.** Moderne Hydrotherapie.

(Moderne ärztliche Bibliothek Hft. 13 u. 14. Herausgegeben von F. Karewski.)

Das vorliegende kleine Werk, das auf 67 Seiten natürlich keine erschöpfende Darstellung der Hydrotherapie geben kann, erscheint uns deshalb besonders lesenswert, weil Verff. einmal die Leistungen der Hydrotherapie im Vereine mit den anderen physikalischen Heilmethoden in Betracht ziehen, was besonders bei Behandlung der Gelenkerkrankungen von chirurgischem Interesse ist, und weil sie zweitens zeigen, wie die Hydrotherapie in der Praxis auch außerhalb der eigens dazu errichteten Anstalten sich in mannigfachster Form nutzbringend durchführen läßt.

E. Moser (Zittau).

---

3) **F. D. Patterson.** Spinal analgesia. The present position of the method based on a review of the literature.

(Vol. I. Fasc. 6. Vol. II. Fasc. 1.)

Eine außerordentlich fleißige Arbeit, die sich auf ein ausgedehntes Literaturstudium stützt und das Verzeichnis von fast 500 Einzelarbeiten über das obige Thema bringt.

Das Resultat, zu dem Verf. kommt, ist kein sehr ermunterndes: »Eine Durchsicht der Literatur scheint mir zu zeigen, daß schon im Hinblick auf die hohe Sterblichkeit allein, ganz abgesehen von den mancherlei Unzulänglichkeiten und Mißerfolgen der Methode, die spinale Analgesie keine Aussicht hat, ein sich allgemein einbürgerndes Anästhesierungsverfahren zu werden. Die Methode sollte reserviert werden für die Fälle, wo infolge Bestehens von Erkrankungen des Herzens, der Lunge oder Nieren jede andere Form der Narkose kontraindiziert ist und die strikte Notwendigkeit eines operativen Eingriffes zur Verlängerung oder Erhaltung des Lebens vorliegt.«

Im übrigen ist Verf. der Ansicht Keen's, daß das Ideal eines Anästhesierungsverfahrens nicht im Beseitigen des Schmerzes bei Erhaltensein des Bewußtseins besteht, sondern in der Aufhebung des Schmerzes und des Bewußtseins bei Abwesenheit jeglicher Lebensgefahr.

Engelmann (Dortmund).

---

4) **Dufour** et **Ribault.** A propos de la stérilisation des solutions de cocaine.

(Revue française de méd et de chir. 1904. Nr. 49.)

Entgegen den Versuchen von Reclus, Arnaud und Hérissey verlieren nach den Experimenten der Verff. Kokainlösungen ihre analgesierenden Eigenschaften, wenn man sie über 100° C in den gewöhnlichen, stark alkalischen Gläsern erhitzt; Kokain zersetzt sich hierbei konstant in Ecgonin und Benzol-Ecgonin. Unter 100° C ist die Zersetzung ohne praktische Bedeutung. Zu einer sicheren Sterilisierung von Kokainlösungen muß man sich also neutraler Gläser bedienen.

Mohr (Bielefeld).

---

5) **Walton.** Fracture of the base of the skull.

(Annals of surgery 1904. November.)

W. hat 50 Schädel von infolge Basisfraktur Gestorbenen anatomisch untersucht und kommt auf Grund dieser Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1) In der Mehrzahl der Fälle entsteht der Basisbruch durch Einwirkung der Gewalt in horizontaler Ebene des Schädels auf die Stirn-, Hinterhaupts- oder Seitengegend desselben. Frakturen durch Contrecoup, z. B. bei Einwirkung der Gewalt auf den Scheitel, kommen nicht vor.

2) Die Bruchlinie beginnt in der Schädelgrube, die dem Angriffspunkte der Gewalt am nächsten liegt und breitet sich in der Rich-

tung der einwirkenden Kraft aus. Die sich auf die Basis fortsetzenden Linien liegen an den Stellen des geringsten Widerstandes. Die Sella turcica war in 36% der Fälle beteiligt, dann folgten der Häufigkeit nach die Petro-occipital- und Masto-occipital-Gegend. Der Teil des Felsenbeines, welcher den Gehörapparat enthält, scheint besonders leicht der Fraktur ausgesetzt zu sein.

3) Ungleichheit und Unbeweglichkeit der Pupillen oder beides, namentlich Unbeweglichkeit beider Pupillen, sind prognostisch ungünstige Zeichen. Es handelt sich dabei um Reizung (Dilatation) oder Lähmung (starre Enge) zerebraler Fasern des mit dem Plexus caroticus sympatici in den Schädel gelangenden Tractus cilio-spinalis.

4) Die Reflexe sind meistens im Anfange der Verletzung verloren oder herabgesetzt; erscheinen sie wieder, so sind sie gesteigert. Diese bleibende Steigerung ist entweder bedingt durch eine Verletzung zerebraler Fasern allein oder dadurch, daß bei Ausschaltung dieser zerebralen Fasern die spinalen Reflexe, befreit von der zerebralen Kontrolle, überwiegen.

5) Eine Ohrblutung ist kein Anzeichen für die Verletzung der Meningea media.

Herhold (Altona).

---

6) **V. Uchermann.** Otitische Gehirnleiden.

(Norsk Mag. for Laegevid. Jahrg. LXV. p. 353.)

Verf. behandelt im vorliegenden ersten Abschnitte seiner Arbeit die otitischen Abszesse des Gehirns, welche in der otolaryngologischen Klinik des Reichshospitales in Christiania seit der Eröffnung 1891 beobachtet sind. Zuerst bringt er einige statistische Zahlen und zieht Parallele mit der Kasuistik anderer Forscher, besonders Körner's. Dann folgen die ausführlichen Krankengeschichten der beobachteten elf Fälle, von erläuternden Epikrisen gefolgt. In einer weiteren Abteilung setzt Verf. die Symptome ausführlich auseinander, beschreibt dann Komplikationen und Diagnose, wobei er mit beigefügten Krankengeschichten die Differentialdiagnose auseinandersetzt. Schließlich wird ein besonderes Kapitel der Behandlung gewidmet.

Die Arbeit erscheint nächstens ausführlich in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde. Besonders den Ohrenärzten ist die Darstellung Verf.s zu empfehlen, obgleich sie auch das allgemeine Interesse der Chirurgen verdient. Eine reiche Fülle hochinteressanter Einzelheiten bringt — auch für den Spezialisten — die überaus fleißige Arbeit, die durch die Übersetzung ins Deutsche auch einem größeren Leserkreise zugänglich wird; ausführlicher sie in diesem Blatte zu referieren geht wohl nicht an.

Hansson (Cimbrishamn).

---

7) C. J. Heath. The restauration of hearing after removal of the drum and ossicles by a modification of the radical mastoid operation for suppurating ear disease.

(Lancet 1904. Dezember 24.)

Mit Abbildung eines großen Instrumentariums beschreibt Verf. seine Methode, die sich in 400 Fällen fast durchweg bewährte, um bei fehlendem Tromelfell und Gehörknöchelchen die Höhrfähigkeit zu erhalten resp. wieder herzustellen. Die Operation ist eine Modifikation der gewöhnlichen Radikaloperation des Warzenfortsatzes bei Mittelohreiterung. Die Vorteile seiner Methode sind nach Verf.: 1) geringer Chok für den Kranken, die Operation ist in $^1/_2$ Stunde zu machen; 2) keine auffallende Narbe; 3) kein Rasieren des Kopfes; 4) leichte Nachbehandlung für Arzt und Pat.; 5) mit Hilfe des Instrumentariums kann die Richtung, in der das Antrum liegt, leicht gefunden werden, auch die Tiefe der Höhle und die Dimensionen, bevor der Knochen noch entfernt ist. Einzelne ausführlicher von Verf. mitgeteilte Fälle zeigen trotz beiderseitiger Operation kaum Abweichungen der Höhrfähigkeit; sie hören Flüstersprache und auch Taschenuhr.

Näher auf die ausführlich beschriebene Operation einzugeben, würde den Rahmen des Referates überschreiten. Hält die Methode, was Verf. ihr nachrühmt, auch anderwärts, so dürfte sie bald allgemeine Anerkennung finden. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

8) D. G. Zesas. Über die hysterische Skoliose.

(Arch. internat. de chir. Vol. II. Fasc. I.)

Die Kenntnis der Pathogenese dieser Wirbelsäulendeformität verdanken wir vor allem französischen Autoren; in Deutschland war es v. Esmarch, der zuerst auf diese Erkrankung aufmerksam machte. In der Literatur sind nicht mehr wie ein Dutzend derartiger Beobachtungen beschrieben. Diesen fügt Verf. zwei neue Fälle hinzu, die in der Hoffa'schen Poliklinik zur Beobachtung gekommen waren. Auf Grund dieser Erfahrungen gibt er folgendes Bild von der Erkrankung: »Die Affektion scheint vorzugsweise Mädchen in der Pubertätszeit zu befallen, und meist handelt es sich um nervös stark hereditär belastete Personen«, die vielfach anderweitig hysterische Symptome aufweisen. Das von anderen als charakteristisch hervorgehobene Symptom, das plötzliche Auftreten und Verschwinden der Wirbelsäulendeviation, findet sich nicht in allen Fällen. Gewöhnlich stellen sich bald intensive Schmerzen ein, die einen intermittierenden Charakter haben und im Kontraste mit der fast schmerzlosen aktiven und passiven Beweglichkeit der Wirbelsäule stehen. Eine streng lokalisierte Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule besteht nicht.

Was die Form der Skoliose anlangt, so handelt es sich meist um totale Verbiegungen. Die kompensatorische Krümmung fehlt in der Regel, und die Deviation verschwindet bei Suspension. Häufig sind die Pat. auf energisches Zureden hin imstande, die Verkrümmung

auszugleichen. Von anderen hysterischen Zeichen fand sich in den zwei Fällen Hoffa's eine ausgesprochene halbseitige Hemianästhesie. Was schließlich die Pathogenese der Erkrankung angeht, so existieren darüber verschiedene Hypothesen. Nach Charcot handelt es sich um eine auf Autosuggestion beruhende Steigerung des physiologischen Tonus der Muskulatur der konvexen Seite. Nach Wertheim-Salomonson ist die Skoliose das Sekundäre, während das Primäre in einer hysterischen Muskelasthenie der Hüfte liegt. Dementsprechend fand Verf. auch eine deutliche Schwäche und Parese des einen Beines.

Die Prognose der Erkrankung ist, besonders bei Erwachsenen, eine zweifelhafte.

Die Therapie ist die der Skoliose im allgemeinen, wozu sich die antihysterische Behandlung zu gesellen hat.

Engelmann (Dortmund).

---

9) **O. Vulpius.** Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 2.)

Verf. skizziert die für die einzelnen Stadien der spinalen Kinderlähmung passenden therapeutischen Maßnahmen und aus dem Gebiete der mechanischen und operativen Orthopädie die Indikationen, Vor- und Nachteile des Schienenhülsenapparates, der Tenotomie, Sehnenverlängerung, Muskelverlängerung und -Verkürzung, der Sehnenüberpflanzung in verschiedenen Abänderungen, der Arthrodese, Tenodese und Neuroplastik. Abbildungen erläutern die bei einem paralytischen Schlottergelenk durch Gelenkverödung, bei spinaler Quadriceps- und Radialislähmung, bezw. bei einem Handgänger durch operative Eingriffe erzielten Erfolge. **G. Schmidt** (Berlin).

---

10) **Matignon.** Contribution à la pathogénie du »tour de rein«.

(Gaz. hebdom. des sciences méd. 1904. p. 547.)

Die lumbagoähnlichen Schmerzen nach traumatischen Einwirkungen werden gewöhnlich auf Zerreißungen einzelner Fasern der Sakrolumbalmuskeln bezogen. Nach M. spielt dagegen die Muskelruptur eine geringere Rolle als die Zerrung der Wirbelbänder. In solchen Fällen wird folgendes charakteristisches Symptom beobachtet: während in straffer soldatischer Haltung, Rumpf gestreckt, Sakrolumbalmuskeln kontrahiert, kein Schmerz empfunden wird, ruft eine in dieser Haltung erfolgende energische Beugebewegung des Kopfes nach vorn einen umschriebenen Schmerz stets an derselben Stelle der Lendenwirbelsäule hervor. Dieses von M. in fünf Fällen, darunter bei sich selbst, festgestellte Symptom kommt so zustande, daß bei der genannten Bewegung die Wirbelbänder gedehnt und hierdurch an der Stelle der Distorsion schmerzhaft werden. **Mohr** (Bielefeld).

---

11) **C. Hofmann.** Wir unterstützen wir einfach und zweckmäßig die Wiederausdehnung der Lunge nach der durch Rippenresektion vorgenommenen Entleerung eines Pleuraempyems. (Aus der chirurgischen Abteilung des Josephhospitals zu Kalk-Köln.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

Durch theoretische Erwägungen geleitet und auf Grund günstiger praktischer Erfahrungen empfiehlt H., nach der in üblicher Weise mit Rippenresektion vorgenommene Thorakotomie und vollständigen Entleerung des ganzen Exsudates samt Fibringerinnungen jegliche Drainage zunächst zu vermeiden und die Wunde mit einem dicken aseptischen Verband in mehreren Schichten zu bedecken, deren äußerste bei Durchtränkung, ohne daß die Wunde freigelegt wird, in den nächsten Tagen erneuert werden. Nach Ablauf von 3—5 Tagen, je nachdem es ein etwaiges Ansteigen der Temperatur erheischt, wird der Verband entfernt und nun erst, nachdem sich die Lunge infolge der sorgfältigen Entleerung der Flüssigkeit aus dem Pleuraraum und dank der Absperrung des atmosphärischen Druckes, der durch die Thorakotomiewunde hindurch auf die Lungenoberfläche wirkt, wieder entfaltet hat, zwei, eben in den Pleuraraum reichende, nicht sehr starke Gummidrains eingelegt. Da zwischen Pleura costalis und pulmonalis entsprechend der bereits eingetretenen Ausdehnung der Lunge eine Randverklebung erfolgt ist, besteht jetzt keine Gefahr mehr, daß Luft in den Pleuraraum eindringe. Auf diese Weise hat H. eine Anzahl von Empyemfällen mit sehr günstigem Erfolge behandelt und ohne Fistelbildung zu rascher Ausheilung gebracht. **Kramer** (Glogau).

---

12) **H. C. Jakobaeus** (Stockholm). Paget's disease und sein Verhältnis zum Milchdrüsenkarzinom.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 124.)

Auf Grund seiner Befunde, die Verf. bei drei von ihm untersuchten Fällen obiger Krankheit erheben konnte, gelangt er zu der Ansicht, daß die Paget'sche Erkrankung von Anfang an ein Karzinom der Ausführungsgänge der Milchdrüse ist und von dem Drüsenepithel derselben ausgeht. Die Epidermisveränderung soll auf der Proliferation des Drüsenkrebses im Epithel beruhen. Die Pagetzellen sind keine an Ort und Stelle krebsig degenerierte Epidermiszellen, sondern eingewanderte Drüsenkrebszellen, deren eigentümliches Auftreten, einzeln oder in kleinen Gruppen, auf den eigenen Eigenschaften der Epidermis beruht. Als Beweis für diese Auffassung wird angeführt, daß der Paget'schen Erkrankung ähnliche Hautveränderungen entstehen, wenn ein gewöhnlicher Drüsenkrebs durch die Haut bricht. Bezüglich der histologischen Befunde muß auf das Original verwiesen werden. **Doering** (Göttingen).

---

13) **C. Pfeiffer.** Die Desmoide der Bauchdecken und ihre Prognose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 334.)

Im Laufe der letzten 46 Jahre wurden an der v. Bruns'schen Klinik 40 Desmoide der Bauchdecken beobachtet. Unter Verwertung der 100 durch Ledderhose gesammelten Fälle und 260 weiterer aus der Literatur zusammengestellter gründen sich die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit auf insgesamt 400 Beobachtungen. Die Geschwülste sind am häufigsten bei Weibern im 25.—35., bei Männern im 35.—50. Lebensjahre. Auch 8 Fälle bei Kindern sind bekannt. Heredität ist nicht nachweisbar. Als Sitz ist der untere Teil der vorderen Bauchwand, und zwar dessen rechte Hälfte bevorzugt. Den Ausgangspunkt bildeten in 43% der M. rectus abdominis mit seiner Scheide, in 17,5% die übrigen Bauchmuskeln, in 17,0% eine der beiden Bauchfascien, und zwar in 3,7% die oberflächliche, in 13% die tiefe. In dem Reste der Fälle waren mehrere Bauchmuskeln mit der Geschwulst verwachsen und daher der Ausgangspunkt unsicher.

Pathologisch-anatomisch sind die Desmoide der Bauchdecken in der Mehrzahl mehr oder weniger zahlreiche Fibrome, seltener echte Sarkome. Stärker proliferierende Teile von Fibromen können im histologischen Bilde gelegentlich ein Sarkom vortäuschen. Zuweilen ist dem Bindegewebe Schleimgewebe beigemengt. Selten sind Fibromyome der Bauchdecken. Sie wurden bisher ausschließlich bei Frauen beobachtet. Für die Frage der Ätiologie verdient Beachtung, daß 89,4% aller Fälle von Desmoid der Bauchdecken bei Frauen vorkamen, und daß 94,0% dieser Frauen vor dem Auftreten der Geschwulst geboren hatten. Die Ausdehnung der Bauchdecken allein kann als prädisponierendes Moment nicht ausschlaggebend sein, da Dehnungen der Bauchwand durch pathologische Verhältnisse keine Prädisposition schaffen. Da es nun aber bei pathologischer Dehnung zu einer Atrophie kommt, bei der Schwangerschaft dagegen zu einer Arbeitshypertrophie der Bauchwand, welche sich außer in einer Vergrößerung der einzelnen Muskelfasern auch in einer echten Hyperplasie der Muskulatur und des Bindegewebes äußert, so ist Verf. geneigt, in einer Fortdauer dieser Proliferation in umschriebenen, aus ihrem Zusammenhange gelockerten Gewebsbezirken die Ursache für die Entwicklung der Desmoide zu erblicken, indem er sich dabei an die Ribbert'schen Anschauungen anlehnt. Sie lassen sich sinngemäß auch auf anderweitige Zustände anwenden, welche mit einer Zellproliferation einhergehen.

Die Prognose der Desmoide der Bauchdecken darf nicht allzugut gestellt werden. Die primäre Sterblichkeit berechnet Verf. auch in der aseptischen Zeit noch auf 4,5%, und zwar 3,5% bei Eröffnung der Bauchhöhle, 1,05% ohne dieselbe. Dauerheilungen wurden bei Männern in 50%, bei Frauen in 90% erzielt. Eine möglichst frühzeitige und radikale Entfernung ist daher dringend geboten.

M. v. Brunn (Tübingen).



14) J. Barth. Eine neue Nahtmethode bei Laparotomien.

(Norsk Mag. for Laegevid. Jahrg. LXV. p. 715.)

Verf. näht die Laparotomiewunden in Etagen, zuerst Bauchfell, dann die fascio-muskuläre Schicht, zuletzt die Haut. Er verwendet Silberdraht, dessen antiseptische Eigenschaften er hervorhebt. Die Enden der Fäden werden durch die Haut oberhalb und unterhalb der Wunde durchgeführt und in der Weise angelegt, daß die Einstich- und Ausstichpunkte parallel dem Wundrande liegen; beim Anziehen der Fäden kommen die zusammengehörigen Schichten in breiter Fläche in gegenseitige Berührung. Die Hautnaht wird intrakutan gelegt. Wenn die Naht fertig ist, prüft man die Festigkeit und überzeugt sich, daß der Faden im ganzen herausgezogen werden kann — was bei der Herausnahme am 18. bis 20. Tage ihm immer gelungen ist — durch sanftes Hin- nnd Herbewegen. Somit bilden die Nähte eine wellenförmige Linie und geben eine besonders feste Narbe, wovon Verf. Beispiele aus seiner Praxis erwähnt. Bauchbrüche nach denselben will er niemals beobachtet haben. (Die Grundbedingung der Haltbarkeit aller Bauchnähte: den um jeden Preis zu meidenden Meteorismus nach der Operation, erwähnt Verf. im vorliegenden Aufsatze nicht. Ref.) Eine beigefügte Abbildung veranschaulicht deutlich die Methode.

Hansson (Cimbrishamn).

---

15) Schmidt. Intraperitoneale Serum- und Kochsalzlösunginjektionen zur Verhütung operativer Infektionen des Bauchfells.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 49.)

Um die leukocytoseerregenden Stoffe direkt an den Ort ihre größten Wirksamkeit, d. h. in die Bauchhöhle einzuführen, hat S. einen Trokar konstruiert, welcher selbst bei leerer Bauchhöhle ein Einführen ohne Gefahr von Nebenverletzungen gestattet. Das Instrument besteht aus einer 1—1$^1/_2$ cm langen, mit Schild versehenen scharfen Hohlnadel zum Durchbohren der Bauchdecken ausschließlich Bauchfell. In diese wird eine stumpfe Röhre eingeführt, welche vorn feine seitenständige Öffnungen hat. Mit derselben wird das Peritoneum parietale stumpf durchbohrt. Die präparatorische Injektion (5—10 ccm steriles Pferdeserum + 250—500 ccm 0,9%ige NaCl-Lösung) wurde in der Regel 17—19 Stunden vor der Operation gemacht. Der Höhepunkt der Wirkung tritt erst nach ca. 48 Stunden ein. Die Erfahrung, die sich auf fünf Fälle bezieht, zeigt, daß eine leichte Reizung des Bauchfells erzeugt war, welche die natürliche Resistenz zu erhöhen vermag.

Borchard (Posen).

---

16) Christel. Von der Blinddarmentzündung, Perityphlitis oder Appendicitis.

(Med. Volksbücherei Hft. 14. Hrsg. von Dr. Witthauer.)

Wenn das vorliegende Büchlein seiner Bestimmung gemäß auch dem Arzt und vor allem dem Chirurgen nichts Neues bietet, so möchte

ich es doch nicht unterlassen, auch an dieser Stelle dasselbe warm zur weiteren Verbreitung zu empfehlen. In dem Laien leicht verständlicher Sprache gibt Verf. ein Bild von den verschiedenen Formen der Appendicitis und hat es vor allem trefflich verstanden, auch dem Laien klar zu machen, wie sehr die Appendicitis eine chirurgische Krankheit ist, und welcherlei Überlegungen den Chirurgen bewegen, so früh wie möglich zum Messer zu greifen. Man kann nur wünschen, daß das Büchlein eine sehr weite Verbreitung im Publikum findet; denn es würde den Arzt sehr wesentlich in der Aufklärung der großen Menge über die Appendicitis unterstützen und so dazu beitragen, daß immer mehr Opfer dieser heimtückischen Krankheit entrissen werden.

Dettmer (Bromberg).

---

17) **Federmann.** Was leistet die Leukocytenuntersuchung im Frühstadium der Appendicitis. (Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Moabit zu Berlin.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 50.)

Die Ergebnisse der Beobachtungen F.'s lassen sich kurz dahin zusammenfassen, daß eine hohe Leukocytenzahl von 20000 und mehr der Ausdruck einer schweren Infektion ist, für das Vorhandensein von Eiter aber nichts besagt, daß bei fortschreitender Allgemeinvergiftung die Zahl im Gegensatze zur Schwere aller übrigen Symptome sinkt, und daß hohe Leukocytose in den ersten Tagen der Erkrankung die Indikation zum sofortigen Eingriff ergibt. Während letzterer zu dieser Zeit eine günstige Prognose bietet, wird diese bei späterem Operieren bei niedriger oder fehlender Leukocytose und schweren klinischen Symptomen immer schlechter. F. erklärt deshalb den Leukocytenbefund vor der Operation für das sicherste prognostische Merkmal, weil er am klarsten die noch vorhandene Wehrkraft des Organismus wiederspiegelt. **Kramer** (Glogau).

---

18) **F. Berndt.** Leukocytenzählung und Frühoperation bei Epityphlitis. (Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Stralsund.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 50 u. 51.)

Nach B. ist der Wert der Leukocytenzählung im allgemeinen für die Appendicitis ein beschränkter, dagegen für die Differentialdiagnose zwischen dieser und Typhus von größerer Bedeutung, da die Leukocytenzahl im Anfang des letzteren fast stets stark vermindert, bei Appendicitis stets vermehrt ist. Wichtiger ist das Verhalten des Pulses für die Unterscheidung zwischen schweren und leichten Fällen von Appendicitis; eine dauernd hohe Pulszahl weist auf eine schwere Erkrankung hin und mahnt zu sofortiger Operation.

Kramer (Glogau).



19) **Seelig.** The treatment of the stump in appendicectomy.
(Annals of surgery 1904. November.)

Die drei Methoden, welche zur Versorgung des Wurmfortsatzstumpfes in Betracht kommen, sind folgende. 1) Abbinden des Stumpfes, Durchschneiden distal von der Ligatur und Einstülpen in den Blinddarm mit oder ohne Bildung eines peritonealen Lappens. Hierbei kann aber das sich stets bildende Exsudat des Stumpfes vereitern und der im Blinddarm gelegene Abszeß in die Bauchhöhle durchbrechen. 2) Abtrennen des Wurmfortsatzes ohne vorherige Unterbindung und Einstülpung durch Übernähung. Hierbei kann einmal das Operationsfeld durch Ausfließen von Kot oder infektiösem Material aus dem Stumpf infiziert werden, oder es kann zur sekundären Nachblutung kommen, falls, wie öfter beobachtet wird, eine Wandarterie des Wurmfortsatzes vorhanden ist. 3) Unterbindung, Abtrennen des Wurmfortsatzes, Kauterisation des Stumpfes mit reiner Karbolsäure oder dem Paquelin und Versenken in die Bauchhöhle.

Diese dritte Methode ist nach S. die beste. Der Einwurf, daß hierbei Schleimhaut gegen Schleimhaut liegt, und Verklebung nicht erfolgt, kann nicht gemacht werden, wie Längsschnitte durch so von S. versorgte Stümpfe beweisen. Im mikroskopischen Bilde zeigte es sich vielmehr, daß die Schleimhaut an beiden Enden sich zurückgezogen, und daß eine Vernarbung unter Beteiligung der übrigen Schichten stattgefunden hatte. Auch der zweite Einwurf, daß ein infektiöser Stumpf in der Bauchhöhle zurückgelassen sei, ist hinfällig, da derartig behandelte und in Bouillon gelegte Stümpfe sich als steril erwiesen. Auch Verwachsungen bilden sich nach dieser Methode nicht mehr und nicht weniger wie nach den übrigen.

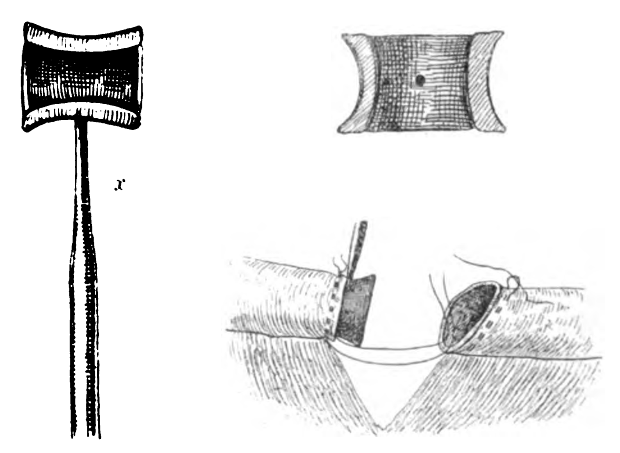
Herhold (Altona).

---

20) **Harrington and Gould.** The use of the segmented ring in gastric and intestinal anastomoses.
(Annals of surgery 1904. November.)

Verff. schlagen zur Darmvereinigung von End zu End durch seitliche Anastomose die Benutzung eines aus vier Teilen bestehenden und aus Hartaluminium gefertigten Ringes vor. Die einzelnen Teilstücke greifen durch Zunge und Falz lose ineinander und werden in dieser Lage durch einen eingeschraubten Stahlstock x gehalten. Sobald der Stock x abgeschraubt ist, fallen sie leicht auseinander. Nach Durchtrennung des Darmes wird der Ring in das eine Darmende eingeführt, wobei der Stahlstab als Handhabe dient, und in demselben durch eine Catgut-Tabaksbeutelnaht festgehalten. Das andere Darmstück, in welchem eine Catgut-Tabaksbeutelnaht ohne sie zu knüpfen bereits angelegt ist, wird hinüber gezogen und nun geknotet. Der Stab wird jetzt entfernt und die Teile des Ringes sind nur durch die Tabaksbeutelnaht zusammengehalten. Sobald die Naht resorbiert ist, fallen sie auseinander und gehen mit dem Kot ab. Durch Tierversuche

stellten Verff. die zwischen Ring und Naht eintretenden Veränderungen und weiteren Schicksale der Darmschichten fest unter Beigabe guter mikroskopischer Abbildungen. Die Vorzüge, welche die Benutzung des



Segmentringes bieten soll, sind folgende: Reinlichkeit der Operation, Erleichterung der Darmnaht, bequeme Einführung des Ringes.

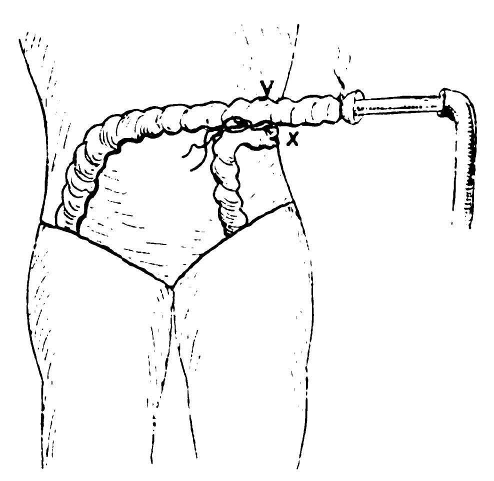
Herhold (Altona).

---

21) **McGraw.** A new operation for intestinal stenoses.

(Annals of surgery 1904. November.)

Verf. schlägt folgende Methode für die Resektion der im Dickdarme sitzenden Geschwülste vor. 1) Möglichst genaue diagnostische Lokalisation der Geschwulst und Eröffnung des Leibes direkt über derselben. 2) Hervorwälzung der Geschwulst mit zu- und abführen-



dem Darmabschnitt. 3) Bildung einer Anastomose zwischen der ab- und zuführenden Darmschlinge durch Schlauchligatur in genügendem Abstande von der Geschwulst. 4) Schluß der Bauchwunde um den

vorgelagerten Darm so, daß die Anastomose in der Bauchhöhle liegt. 5) Abbinden des abführenden Darmendes, mit Silk und Abschneiden unterhalb der Ligatur, Vernähen und Versenken desselben (*x*). 6) Entleerung des zuführenden Rohres (*y*), wobei ein Beschmutzen der Wunde zu vermeiden ist, und Abtragen der Geschwulst. 7) Einführen eines Glasrohres mit Schlauch. Nach 3—4 Tagen ist die Anastomose durchgängig und kann das Glasrohr entfernt werden. Zugleich wird das zuführende Ende eingestülpt, vernäht und die Hautwunde darüber geschlossen. M. glaubt, daß sich auf diese Weise eine Verunreinigung der Bauchhöhle sicher vermeiden lasse und Pat. einzeitig operiert werden kann.

Herhold (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

22) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

143. Sitzung am Montag, dem 12. Dezember 1904.

Vorsitzender: Herr Rotter.

1 Herr Immelmann demonstriert die Röntgenbilder einer Navicularfraktur der Handwurzel, entstanden durch übermäßige Supinationsbewegung beim Auswringen eines Titrierbeutels, einer dorsalen Luxation der Grundphalange des rechten Mittelfingers, einer Bennett'schen Fraktur der Basis der Grundphalange (Abbruch des inneren Condylus derselben) des Daumens, welche gewöhnlich als Luxation imponiert. Als Grundphalange des Daumens spricht I. auf Grund des Röntgenbildes von Kinderhänden den sonst als Metaphalange des Daumens bezeichneten Knochen an.

2 Herr Croce: a. Zwei Fälle von Wirbelfraktur.

C. demonstriert die Röntgenbilder von zwei Wirbelfrakturen, einer isolierten Fraktur des 4. Halswirbelkörpers und einer isolierten Fraktur des letzten Lendenwirbelbogens. Die erstere war trotz deutlicher Symptome von dem erstbehandelnden Arzt übersehen und 1½ Jahr lang auf Rheumatismus, Hysterie usw. behandelt worden. Die zweite Verletzung, durch einen Deichselschlag gegen den linken Trochanter veranlaßt, hatte sich nur durch Parästhesien im linken Bein und eine leichte Druckempfindlichkeit am letzten Lendenwirbel bemerkbar gemacht. Zur Darstellung der Frakturen im Röntgenbilde bedarf es meist wiederholter Aufnahmen mit wechselnder Projektion.

b. Geheilte Fälle von Perforationen des Magens und Duodenums

C. bespricht drei durch Frühoperation innerhalb der ersten 12 Stunden gerettete Fälle von Perforationen des Magens resp. des Duodenums, eine Schußverletzung durch die vordere und hintere Magenwand, ein perforiertes Ulcus ventriculi und ein perforiertes Ulcus duodeni. In den beiden letzten Fällen war das ganze Abdomen voll von ausgetretenem Magen- resp. Darminhalte; sie wurden beide nach Verschluß des Geschwüres durch Naht und Übernähung mit reichlicher Kochsalzspülung und Tamponade behandelt. Bei der Schußverletzung und dem Fall von Magenperforation folgte glatte Heilung. Bei der Perforation des Duodenums entwickelte sich zunächst ein starker Meteorismus, der am nächsten Tage nach dreimaliger Injektion von Physostygmin 0,0005 g pro dosi, bei gleichzeitiger Behandlung mit Glyzerin-Seifenwassereinläufen behoben wurde; weitere Störungen von seiten des Peritoneums traten nicht ein; Pat. machte noch eine schwere doppelseitige Pneumonie durch und befindet sich jetzt, nach 12 Wochen, in der Genesung.

3 Herr Dirk: Erfahrungen mit der Skopolamin-Morphiumnarkose.

D. berichtet über die Erfahrungen, welche im St. Hedwigs-Krankenhause über die Skopolamin-Morphiumnarkose im vergangenen Jahre an 260 größeren Opera-

tionen (188 Laparotomien) gesammelt worden sind. Eingespritzt wurde 2 Stunden vor der Operation $\frac{1}{2}$ mg Skopolamin + 1,5 cg Morphium, 1 Stunde vor der Operation $\frac{1}{2}$ mg Skopolamin + 1,00 cg Morphium. Zur Erzielung der Vollnarkose wurde in 144 Fällen nur Äther (60—100 ccm), in 87 Fällen Chloroform (10—30 ccm) und Äther (50—80 ccm) gegeben; in 29 Fällen bedurfte es keines weiteren Narkotikums. 3 Operierte im Alter von 69, 73, 76 Jahren, welche an Darmkrebs litten, starben am Operationstage; 2 davon hatten infolge des chronischen Ileus bereits eine diffus-eitrige Peritonitis, und alle 3 waren in solch desolatem Zustande, daß sie eine Inhalationsnarkose nicht vertragen hätten. Der Skopolamin-Morphiumnarkose haftet nur der eine Nachteil an, daß neben einer gewissen Umständlichkeit der Anwendung sowohl vor wie nach der Operation eine Überwachung des Kranken unbedingt nötig ist. Dem gegenüber hat sie viele Vorteile:

1. Nicht hoch genug zu schätzen ist das psychische Moment bei Frauen und ängstlichen Personen; die Narkose wird im Bett eingeleitet: die Aufregung vor der Operation ist gemildert und die Erinnerung an die oft höchst unangenehme Vorbereitung bleibt erspart.

2. Der Übergang zur Vollnarkose ist schonend, ohne Angst- und Erstickungsgefühl.

3. Die Narkose ist ruhig, gleichmäßig, ohne Salivation, ohne Trachealrasseln, ohne Husten, ohne Brechreiz, ohne Asphyxie und ohne Kollaps.

4. Nach der Operation folgt ein langer Schlaf, in dem die Kranken den ersten Wundschmerz verschlafen.

5. Die Kranken bleiben verschont von dem in der Bauchchirurgie so sehr verabscheuten Erbrechen, sobald sie Nahrung zu sich nehmen.

6. Das Skopolamin-Morphium ermöglicht eine Narkose bei alten und schwächlichen Pat., bei denen Chloroform und Äther gefährlich sein würden.

Diskussion: Herr Israel bestätigt im allgemeinen diese Ausführungen auf Grund seiner Erfahrungen an 332 Narkosen mit Skopolamin-Morphium. Verabreicht wurden auf einmal 0,0008 Skopolamin und 0,02 Morphium. Schwierigkeiten macht es manchmal in großen Betrieben, bei der Aufeinanderfolge mehrerer Operationen es so einzurichten, daß Pat. gerade in dem günstigsten Stadium des Schlafes zur Operation kommt; man muß nicht nur die Zeit des Beginnes jeder Operation, sondern auch ihre Dauer vorher annähernd kennen. 32 Pat. (9,6%), meist Leute des 5. Dezenniums, darunter solche mit großen abdominellen Operationen, brauchten kein weiteres Narkotikum; bei den übrigen wurde Chloroform oder Äther meist allein verabreicht, zuweilen auch zuerst Chloroform, dann Äther. Gewöhnlich wurden 10—15 ccm Chloroform für Operationen von 1 bis 2 Stunden Dauer, im Maximum 25 ccm bei tropfenweiser Verabreichung gebraucht.

Auffallend waren die Ungleichmäßigkeiten in der Wirkung des Skopolamins, von dem immer das beste Merck'sche Präparat verwendet wurde: 1) bezüglich des vor der Operation eintretenden Schlafzustandes, der bei einigen leicht, bei manchen kaum zu erzielen war; 2) bezüglich der Notwendigkeit der Verabreichung eines anderen Narkotikums während der Operation; 3) bezüglich des Schlafes nach der Operation, wo manche gleich munter sind, andere viele Stunden fest weiter schlafen. Auch die Wirkung auf die Pupillen und auf das Herz war verschieden; wegen nicht selten auftretender erhöhter Pulsfrequenz wurde es bei Herzkranken nicht gegeben.

I. hat einen Tod in der Narkose erlebt nach der üblichen Dosis Skopolamin-Morphium und 40 Äther bei einem Pat., der nach 8tägiger Anurie in desolatem Zustande war, ganz im Beginn der Operation bei Anlegung des Hautschnittes; zwei Fälle sind unter auffälligen Begleiterscheinungen einige Tage nach der Operation gestorben. Der erste, ein an einseitiger Nierentuberkulose leidender Mann, hatte 2 Tage hintereinander Morphium-Skopolaminnarkose, das zweite Mal mit 18 ccm Chloroform, erhalten; es entwickelte sich bei ihm ohne Fieber eine auffallende Unruhe mit einer Pulsfrequenz von 120, und 3×24 Stunden post. op. starb er im Koma. Die Obduktion ergab Verfettung der Papillarmuskeln des Herzens, parenchymatöse Trübung der Leber, der vorher gesunden Niere. In ähnlicher

Weise ging ein junges, kräftiges Mädchen nach einer Laparotomie wegen Peritonitis nach Pyosalpinx am 4. Tage post op. (25 ccm Chloroform) zugrunde; die ersten 20 Stunden befand sie sich wohl, am 2. Tage trat Unruhe, am 3. Tage Benommenheit, Koma, Myosis, Oligurie ein. Die Obduktion ergab Verfettung der parenchymatösen Organe wie bei der Phosphorvergiftung.

I. gibt zu bedenken, ob diese Schädigungen nicht aus der Kombination des Chloroforms mit dem Skopolamin erwachsen sind.

Herr Rotter fand die Unbequemlichkeit nicht so hervortretend; er brauchte die Operation nicht gerade 2 Stunden nach der ersten Einspritzung zu beginnen, auch noch 3 Stunden später war die Wirkung genügend vorhanden. Auch er hat die Ungleichmäßigkeiten der Wirkung gefunden, die wohl auf individuellen Verschiedenheiten in der Empfänglichkeit der Pat. beruhen. Er ist sehr zufrieden mit dieser sehr humanen Narkose. Die bei ihm vorgekommenen Todesfälle bezieht er mehr auf das Leiden als auf die Narkose.

4 Herr Rotter: Erfahrungen über die Operation der akuten Appendicitis in den ersten 48 Stunden.

R. berichtet zunächst über die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchungen, welche Aschoff an den Wurmfortsätzen seiner Frühoperationen gemacht hat; aus denselben erhellt der Beginn der Entzündung im Wurmfortsatz in der Tiefe der Krypten desselben, von wo die Entzündung in die Submucosa und vor allem in die Muscularis fortschreitet, wo sich kleine, herdförmige, eitrige Einschmelzungen bilden können, schon bei den einfachen katarrhalischen Entzündungen.

R. teilt seine 65 Fälle ein

I. in solche ohne besondere Exsudation in die freie Bauchhöhle bei fast unverändertem Wurmfortsatz oder nur auf ihn und seine nächste Umgebung beschränkten Entzündungserscheinungen;

II. in solche mit serösem oder trübserösem freiem Exsudat bei schwerer — bis zur eitrigen Infiltration oder beginnender Gangrän — verändertem, aber meist noch frei beweglichem Wurmfortsatz;

III. in solche mit eitriger Exsudation, bei denen Perforation resp. voll entwickelte Nekrose des Wurmfortsatzes vorlag.

Die von den trübserösen bis eitrigen Exsudaten angelegten Strichkulturen waren fast immer bakterienhaltig. Die Hauptmasse des Exsudates befand sich im Douglas, oft sehr früh schon in Mengen von $1/4$—$1/2$ Liter. Bei der Mehrzahl der Fälle unter II. würde es weiterhin zu Verklebungen in der näheren oder weiteren Umgebung und zu abgekapselten Eiterungen gekommen sein. Im klinischen Bilde zeigten die Fälle unter I. bei minimalen Veränderungen einen regelrechten Anfall mit Erbrechen (durch lymphangitische Reizung der Nerven des Mesenteriums vom Plexus coeliacus reflektorisch ausgelöst), Druckschmerz ohne Kontraktion der Muskulatur: die Fälle unter II. boten stärkeren Druckschmerz, z. T. auch links, lokalisierte Bauchdeckenspannung, Fieber, meist noch keine Auftreibung des Leibes; sie wurden früher meist als zirkumskripte diagnostiziert; bei den Fällen unter III. war bei der Hälfte das Allgemeinbefinden schwer gestört, bei einigen sogar mit Verfall und Benommenheit; es war linksseitiger Druckschmerz mit Auftreibung und Spannung des Leibes nachweisbar.

Wenn auch die klinische Diagnose meist den angenommenen pathologisch-anatomischen Veränderungen entsprach, so boten doch auch manche Fälle mit leichten Symptomen schwere, andere mit schwereren Symptomen verhältnismäßig geringe Veränderungen. Die Operation erfordert bei den perforierenden und nekrotisierenden Formen einen nicht zu kleinen Schnitt, um gut abstopfen zu können. Spülung der Bauchhöhle wurde bei einem Teile der eitrigen Exsudate geübt; es ist fraglich, ob man mit ihr viel erreicht; sicher ist es, daß man mit ihr nicht schadet. Von 65 Pat. starben 9 = 13%, 5 mit schwer eitriger Peritonitis, die nicht zu retten waren; von den übrigen 4 war einer ein 35jähriger korpulenter Diabetiker mit trüb serösem Exsudat, 3 waren alte Personen zwischen 70 und 80 Jahren, die an sekundärer Pneumonie starben. Bei Leuten über 50 Jahren will R. überhaupt nur bei besonders günstigen Gesundheitsverhältnissen operieren.

Sprengel hat unter etwa 50 Fällen eine Mortalität von 6%. Doch enthält seine Statistik verhältnismäßig weniger eitrige Peritonitiden, 1/5 der Gesamtheit, gegen 1/3 bei R. Berechnet man nur die eitrigen Peritonitiden, so zeigt die Sprengel-sche und R.'sche Statistik die gleiche Mortalität von 27%. Im Vergleich mit dem exspektativen Verhalten, wie es noch 1903 beobachtet wurde, ergibt sich ein Absinken der Mortalität bei den diffusen eitrigen Formen von 54 auf 27 resp. 24%; bei den zirkumskripten Abszedierungen und den einfachen Formen ist das Verhältnis dasselbe geblieben, 5% resp. 0%. Auf Grund dieses Absinkens der Gesamtmortalität, und weil bei der 48 Stunden-Operation den meisten Pat. (mit zirkumskripten Eiterungen) eine lange Leidenszeit, die Bauchbrüche, erspart bleiben (von diesen sind nur 4 tamponiert, 17 genäht, 14 primär geheilt), ist R. Anhänger derselben geworden. Bei den nach 48 Stunden eingelieferten Pat. verhält er sich außer bei den diffus eitrigen Formen zuwartend; die Abszesse werden eröffnet, wenn die Temperatur am 5. Tage noch 39° übersteigt. Wenn niedriges Fieber bis 38,5° vorhanden ist, kann man bis zum 9. oder 10. Tage warten. Die Douglasabszesse werden vom Rektum resp. der Vagina aus entfernt.

Diskussion. Herr Sonnenburg: Die Frühoperation ist von besonderem Wert für die fortschreitenden Formen, hier bessert sie die Diagnose wesentlich.

Die Fälle, welche Rotter unter die Gruppen I und II geordnet hat, hat S. nicht sofort operiert, sondern später oder erst im freien Intervall; auch die meisten Fälle mit zirkumskripten Eiterungen klingen glatt ab.

In den letzten 3 Jahren wurden in die S.'sche Abteilung 160 Pat. eingeliefert, die in den ersten 24 resp. 48 Stunden des Anfalles sich befanden. Von diesen wurden wegen der klinischen Symptome einer fortschreitenden Peritonitis und schwerer Veränderungen (meist Gangrän) des Wurmfortsatzes 50 sofort operiert (8 Todesfälle), 70 in den nächsten Wochen gestorben 4 an fortschreitender Peritonitis, 2 an Embolien) 42 wurden ausschließlich exspektativ behandelt. Es wurde also nicht kritiklos jeder Kranke im Anfall operiert. Daß von den sofort Operierten 8 starben, beweist, daß bei hochgradiger Infektion und Toxinwirkung selbst die früheste Frühoperation versagen kann. Ob die Prognose der 4 im späteren Stadium operierten und gestorbenen Kranken durch eine Frühoperation sich günstiger gestaltet hätte, läßt sich nicht entscheiden. Die 42 exspektativ behandelten Fälle ohne Todesfall sprechen für die richtige Wahl der Behandlung. Ob die Frühoperation immer eine schnellere Ausheilung der Krankheit als solcher, als ein später vorgenommener Eingriff erzielt, ist zum mindesten zweifelhaft.

Herr Israel: Wenn wir die Prognose bei den Fällen der Gruppe III günstig gestalten wollen, müssen wir die Gruppen I und II ebenfalls früh — präventiv — operieren. Man kann nicht mit genügender Sicherheit die einzelnen Formen diagnostisch unterscheiden; anscheinend leichte Fälle können plötzlich eine schwere Wendung nehmen. Unter 185 Fällen von I. waren 100 Intervalloperationen mit 0% Mortalität; von 48 in den ersten 48 Stunden operierten ist 1 = 2% an diffuser Peritonitis gestorben. In späteren Stadien vom 3. bis zum 14. Tage sind 37 operiert mit 16 = 33,2% Mortalität; 14 davon waren fortschreitende, nicht abgekammerte Peritonitiden; davon sind 13 gestorben. Nach Ablauf der ersten 48 Stunden operiert I. nur die schlechtesten Fälle sofort, bei den übrigen wartet er ab und stellt die Indikation zur Operation wesentlich nach dem Verhalten der Temperatur wie Herr Rotter.

Herr Riese: R. hatte unter 46 in den ersten 48 Stunden operierten 3 = 6,5% Todesfälle; von 22 am 3. Tag operierten starben bereits 7 = 30%. Wenn man früh operiert, entschließen sich die Pat. unter dem Eindrucke der heftigen Schmerzen leicht zur Operation. Viele von den in den Intervall hinüber geleiteten Pat. lassen sich im Intervall nicht operieren und kommen in einem nächsten Anfall oft unter ungünstigeren Verhältnissen zur Operation.

Herr Karewski: K. hat von 39 Frühoperationen 2 verloren; es waren 18 zirkumskripte, 6 progrediente Eiterungen, 15 Fälle mit trübserösem Exsudat. Am Wurmfortsatz waren 9mal Gangrän, 6mal Perforation, 20mal Schwellung, Rötung des Organes, 4mal geringfügige Veränderungen vorhanden. Bei 26 nicht operierten

Fällen hat K. über den weiteren Verlauf nachgeforscht; nur 4 sind dauernd geheilt geblieben, die übrigen sind operiert und davon 7 gestorben. Von 23 später als 48 Stunden im schwersten Endstadium eingelieferten waren verschiedene ursprünglich ganz leicht erkrankt; 12 davon wurden operiert, 4 geheilt.

Herr Sonnenburg meint, man müsse dahin streben, den schweren Anfall unterscheiden zu lernen von dem leichten; im übrigen müsse man immer bereit sein, bei zunächst leichteren Fällen sofort zu operieren, wenn schwere Symptome auftreten.

Herr Nordmann berichtet aus dem Krankenhause am Urban über 52 Fälle. Es waren 34 rein akute Perityphlitiden (einschließlich der abgekapselten Eiterungen) und 18 Fälle mit diffuser Peritonitis. 24mal war der Wurmfortsatz perforiert. Die ersteren, darunter verschiedene 60 Jahre alt, sind sämtlich geheilt; von letzteren sind 5 = 27% gestorben — gegen früher, wo dieselben 60% Mortalität hatten, eine erhebliche Besserung. Von den am 3. Tag operierten 19 Pat. mit Peritonitis sind 8 = 42% gestorben. 19 Fälle rein akuter Perityphlitis wurden am 3. Tag operiert mit 0% Mortalität; doch war bei ihnen die Rekonvaleszenz schlechter, durch Nahtinsuffizienzen und Kotfisteln mehrfach gestört. K. hat die Fälle zunächst mit Auswahl bei Vorhandensein bedrohlicher Symptome operiert, tut es aber jetzt innerhalb der ersten 48 Stunden bedingunglos; nach Ablauf derselben soll man möglichst den freien Intervall abwarten. Bei der bakteriologischen Untersuchung der Exsudate, bei der man mehrere Kubikzentimeter verwenden soll, wurden in allen Fällen Bakterien gefunden. K. spült bei Peritonitis die Bauchhöhle unter Anwendung großer Mengen, von 15—20 Litern, Kochsalzlösung.

Herr Rotter betont noch, daß auch in seinen Fällen die klinische Diagnose nicht immer ganz den Krankheitsprozessen am Wurmfortsatz und in der Bauchhöhle entsprach, und daß besonders die Initialsymptome auch bei leichteren Veränderungen zuweilen sehr alarmierend waren. **Richard Wolff** (Berlin).

---

23) **Albanese** (Palermo). Contributo di chirurgia pratica.

Palermo, **Barravecchia,** 1904. 124 S.

Der eingehenden Beschreibung der Einrichtung der A.'schen Klinik, der Vorbereitung der Kranken zur Operation — wobei besonders die streng aseptischen Kautelen hervorzuheben sind —, folgt die Operationsstatistik von 196 Nummern, unter denen A. keinen tödlichen Ausgang zu beklagen hatte. Der Wert dieser, Tansini gewidmeten, Publikation beruht weniger auf neuen wissenschaftlichen Gesichtspunkten, als darauf, daß das Institut A.'s die erste Klinik nach modernem Muster in Palermo ist, »welche, dopo non lievi sacrificii, nunmehr sich Einfluß und Anerkennung verschafft hat«. **A. Most** (Breslau).

24) **F. Selberg.** Über postoperative Psychosen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 173.)

S. teilt acht Fälle mit, in denen nach den verschiedensten operativen Eingriffen Psychosen auftraten. Siebenmal handelte es sich um aseptische Operationen, einmal um die Eröffnung eines perityphlitischen Abszesses.

Eine 49jährige Frau zeigte nach Operation eines eingeklemmten Nabelbruches eine mehrtägige Verwirrtheit mit Beeinträchtigungsidee, Halluzinationen und Selbstvorwürfen. Heilung.

Eine 39jährige Lehrersfrau erkrankte nach Exstirpation des Ganglion Gasseri teils unter Erscheinungen, die auf organische Störungen des Gehirns zurückzuführen waren, teils bot sie mehrere allgemeine psychische Veränderungen, Verwirrtheit und Depression. Eine psychische Schwäche und Labilität blieb zurück.

Ein 57jähriges Fräulein, das schon vorher hystero-neurasthenische Symptome aufwies, hatte nach einer Amputatio mammae Halluzinationen und Zwangsvorstellungen. Beeinträchtigungsideen und Hang zum Querulieren blieben zurück.

Eine 66jährige senile Frau zeigte nach Amputatio femoris halluzinatorische Verwirrtheit mit lebhaften Erregungszuständen und starb.

Ein 23jähriger Buchhalter, der durch ein jahrelang bestehendes Ulcus duodeni psychisch und körperlich heruntergekommen war, beging nach Gastroenterostomie und Enteroanastomose in einem Zustande schwerster Depression Selbstmord.

Ein 64jähriger Herr »von augenscheinlich etwas abnormem Charakter und nicht unbestrittenem Alkoholgenuß« erkrankte nach Eröffnung eines perityphlitischen Abszesses mit deliriösen Erscheinungen und Halluzinationen.

Bei einer 31jährigen Frau stellte sich nach Pyloroplastik eine akute halluzinatorische Verwirrtheit ein.

Ein 71jähriger Herr, der durch eine Trigeminusneuralgie geschwächt war, erkrankte nach Resektion des zweiten Astes an Halluzinationen.

In sieben von den acht Fällen handelte es sich um Individuen, die schon vor der Operation nervenleidend oder psychisch defekt waren. Diese Prädisposition scheint demnach das Wesentliche zu sein. Die psychische Alteration sowie die unvermeidlichen, mit einer größeren Operation verbundenen Schädigungen geben dann die Gelegenheitsursache für den Ausbruch einer Psychose ab.

M. v. Brunn (Tübingen).

25) **Mellish.** Total avulsion of the scalp.

(Annals of surgery 1905. November.)

Einer Frau wurde durch Einwirkung einer Maschine die ganze Kopfhaut vom Nasenrücken bis nach hinten zum 5. Halswirbel abgerissen. Die zur Überpflanzung benutzten Thiersch'schen Hautlappen wurden teils von den Oberschenkeln und Armen der Verletzten, teils von den Oberschenkeln des Gatten und eines 14jährigen Knaben entnommen. Die heterogenen Lappen stießen sich nach einiger Zeit wieder ab, während die vom eigenen Körper gewonnenen gut anheilten. In 75 Tagen war der skalpierte Kopf völlig überhäutet; hätte man auf die heterogenen Lappen verzichtet, so würde der Heilungsprozeß in der Hälfte der Zeit beendigt gewesen sein. Die Hautlappen waren für das Cranium besonders dick genommen und enthielten Stratum corneum, lucidum und Rete Malpighi mit den Spitzen der Papillen des Corium. Die Hauptsache ist nach Verf., die Wundfläche vor Mikrobeninvasion und die aufgelegten Hautlappen vor Druck zu schützen.

Herhold (Altona).

26) **Sick.** Peritheliom der Dura mater.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

S. stellte im ärztlichen Verein zu Hamburg einen Pat. vor, dem er 8 Monate vorher das Peritheliom entfernt hatte. Die Geschwulst ging von der Dura aus, und zwar von der Falx, hatte die beiden Stirnlappen dachförmig umwachsen. Bei der Operation mußte der Sinus unterbunden, ein Teil der Pia und einzelne Teile der Rindensubstanz mitentfernt werden. Da der Knochen in weiter Ausdehnung ergriffen war, mußte der Sinus frontalis eröffnet werden. Nach der Operation bestand ein länger dauernder reichlicher Abfluß von Zerebrospinalflüssigkeit durch die Nase, der aber von selbst aufhörte. Völlige Heilung.

Borchard (Posen).

27) **G. Haug.** Beitrag zur Statistik der Hasenscharten. Auf Grund von 555 Fällen der v. Bruns'schen Klinik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 254.)

Die Arbeit gibt eine Gesamtübersicht der in der genannten Klinik seit 1843 beobachteten Fälle unter Einbeziehung der bereits 1886 durch E. Müller bearbeiteten 270 Fälle. 285 Fälle kommen also aus den Jahren 1886—1904 neu hinzu. Die jährliche Frequenz schwankte zwischen 10 und 26. Auf die einzelnen Unterarten verteilt sich das Gesamtmaterial folgendermaßen: Einseitige, nicht komplizierte Lippenspalten waren 130, doppelseitige, nicht komplizierte Lippenspalten 18, einseitige Lippen-Kieferspalten 21, doppelseitige Lippenspalten mit ein- oder doppel-

seitiger Spaltung des Alveolarfortsatzes 6, einseitige Lippen-Gaumenspalten 27, doppelseitige Lippen-Gaumenspalten 12, einseitige Lippen-Kiefer-Gaumenspalten 226, doppelseitige Lippenspalten mit einseitiger Kiefer-Gaumenspalte 32, doppelseitige Lippen-Kiefer-Gaumenspalten 83. Das männliche Geschlecht überwog mit 63,4% beträchtlich über das weibliche. Von 420 einseitigen Spaltbildungen waren 291 linksseitig, 129 rechtsseitig. Es sind also die linksseitigen Hasenscharten mehr als doppelt so häufig wie die rechtsseitigen. 135 waren doppelseitig. Die komplizierten Hasenscharten waren mehr als doppelt so häufig wie die nicht komplizierten.

20mal, d. i. in 3,6% der Fälle, waren neben der Hasenscharte noch anderweitige Mißbildungen vorhanden, nämlich 3mal Angiome, 2mal Phimosen, 1mal Cystocele funiculi spermatici, 1mal Hernia inguinalis, 3mal Hernia umbilicalis, je 1mal Hypospadie, Kolobom der Iris, Hydrocephalus, Meningokele, Microphthalmus duplex und Pes varus duplex, 2mal Lingua bifida, 1mal Polydaktylie, 1mal Fehlen des rechten Radius und Daumens mit Klumphand und Syndaktylie an den Zehen.

Häufig war die Hasenscharte hereditär, 3mal hatte der Vater, 6mal die Mutter eine Hasenscharte, 1mal Mutter und Großmutter, 3mal ein Bruder des Vaters, 1mal zwei Vettern des Vaters, 3mal eine Schwester der Mutter, 1mal zwei Schwestern, 4mal ein Bruder der Mutter, 1mal ein Onkel der Mutter und zwei Kinder desselben, 1mal ein Kind des Großvaters. 32mal waren 2 Kinder derselben Eltern betroffen, 1mal 3, 3mal 4 Kinder.

Anschließend werden drei Fälle von Gesichtsspalte und zwei von medianer Lippenspalte mitgeteilt. **M. v. Brunn** (Tübingen).

28) **A. Hartmann.** Der Mandelquetscher.

(Med. Klinik 1905. Nr. 2.)

Der im Medizinischen Warenhaus-Berlin angefertigte Mandelquetscher (Abbildung) ist ein langer Griff mit endständiger Metallkugel und dient, durch Druck auf den vorderen Gaumenbogen, aber auch von der Medianfläche, von unten und oben und auch von hinten her, zum Ausquetschen der in den Mandelbuchten sich stauenden und durch Zersetzung und Toxinbildung schädlich wirkenden eitrig-serösen Flüssigkeiten und käsig-krümeligen Pfröpfe. Die Rachenmandel wird mit einem ähnlichen, besonders dafür angefertigten Rachenmandelquetscher bearbeitet.

G. Schmidt (Berlin).

29) **C. Leegaard.** Perforierende Stichwunde des Rückens.

(Norsk Magazin for Laegevidenskaben Jahrg. LXIV. p. 705.)

In der Form einer klinischen Vorlesung teilt Verf. einen Fall mit von penetrierender Stichwunde des Rückenmarkes zwischen dem 11. und 12. Dorsalwirbel, etwa 1 cm rechts von der Mittellinie. 3 Monate vor der Demonstration des Pat. hatte dieser einen Messerstich von hinten bekommen; die Blutung war unerheblich, und die Heilung folgte anstandslos. Die Lähmung war fast vollständig in den beiden Beinen; die Gefühllosigkeit war vollständig im linken, etwas geringer im rechten Beine; die Reflexe waren beiderseits verschwunden. Nach Verlauf von 10 Tagen verschwand die Lähmung, und die Anästhesie lokalisierte sich so wie sie später geblieben ist; sie war vollständig im linken Bein bis dicht unter die Inguinal-Glutealfurche, weniger vollständig im rechten Unterschenkel; über ihr bestand eine hyperästhetische Zone von etwa Handbreite dicht über dem rechten Knie.

Der Gang ist ziemlich gut, das linke Bein wird etwas geschleppt, deutliche Herabsetzung der Kraft sämtlicher Muskeln linkerseits. Keine Atrophie.

Die Schädigung entspricht einer oberflächlichen Inzision des Rückenmarkes in der linken Seite des Segmentes L 3.

Der Fall wird vom Verf. besonders benutzt zur Sicherstellung der lokalen Diagnose, wie das für chirurgische Eingriffe unentbehrlich ist, wenn es sich um Rückenmarksgeschwülste handelt, von welchen Verf. einleitungsweise ein Beispiel erwähnt und abbildet. **Hansson** (Cimbrishamn).

30) **F. Engelmann.** Akute Kompression der Cauda equina durch ein Projektil. Operation. Heilung. (Aus der chirurg. Abteilung des städt. Krankenhauses in Dortmund.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 51.)

Die Cauda equina war in der Höhe zwischen 5. Lenden- und 1. Kreuzbeinwirbel komprimiert und verletzt, wodurch heftige Schmerzen in der Sakralgegend, Inkontinenz des Urins, später Ischurie, Verstopfung, Hyp- und Parästhesien der Damm- und Aftergegend hervorgerufen wurden. Die Entfernung des Geschosses brachte bald Nachlaß der Schmerzen; die Stuhl- und Urinentleerung blieb noch längere Zeit erschwert, die Sensibilitätsstörungen gingen zum Teil zurück. Rasche Wundheilung.

Ähnliche Fälle aus der Literatur werden besprochen und der Symptomenkomplex der Caudaerkrankungen festgelegt. **Kramer** (Glogau).

31) **Beduschi** e **Bossi.** Considerazioni sopra un caso di cifosi traumatica.

(Arch. di ortopedia 1904. Nr. 5.)

18jähriger Mann fällt vier Stockwerke hoch; neben Hirnerschütterung und Vorderarmbruch Kontusion des Rückens, Schmerz am 7. und 8. Rückenwirbel, geringe seitliche Abweichung des Dornfortsatzes ohne abnorme Beweglichkeit. Blasen-Mastdarmlähmung, Lähmung des rechten Beines. Die Lähmungserscheinungen schwinden. Erst nach 1/4 Jahre beginnt sich eine bedeutende Kyphose der Brustwirbelsäule zu entwickeln mit der Spitze am 8. Wirbel. Anästhesie der linken Bauchhälfte und des linken Beines.

Die Autoren diagnostizieren eine Spondylitis traumatica nach Kümmell und schließen sich der Erklärung bezüglich der Ätiologie dieser Erkrankung an, welche eine Osteomalakie infolge nervösen Einflusses annimmt, wofür die gleichzeitige Halbseitenlähmung spricht. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

32) **Madelung.** Über Struma accessoria vera retrovisceralis.

(Straßburger med. Zeitung 1904. Hft. 10.)

Bei einem 20jährigen, blassen Mädchen, das seit dem 10. Lebensjahre an Kropf und leichten Atembeschwerden litt, verschlimmerte sich 6 Wochen vor der Aufnahme in die Klinik ihr Zustand auffällig — Heiserkeit, Atemnot, überlautes Schnarchen, erschwertes Schlucken. Thyreoidingebrauch verschlechterte das Befinden. An der Schilddrüse ließ sich nur eine mäßige Vergrößerung des Mittellappens feststellen, die Seitenhörner waren nicht zu fühlen. Der Hals war im sagittalen Durchmesser auffallend verbreitert. Vom Mund aus wurde an der hinteren Rachenwand eine weiche, von normaler Schleimhaut überzogene Geschwulst festgestellt. Es wurde die Tracheotomia inferior gemacht, darauf von einem Schnitt am vorderen Rande des linken Kopfnickers aus die über gänseeigroße Kropfgeschwulst entfernt. Sie hing nirgends mit der Hauptdrüse zusammen und erwies sich als eine mit kolloidalen Massen gefüllte Cyste, an deren unterem Pole sich wenig entartetes Schilddrüsengewebe vorfand. Reaktionslose Heilung. **Müller** (Dresden).

33) **O. Bickel.** Beitrag zur Diagnose und Therapie der Ösophagusdivertikel.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 650.)

Im allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf gelang es, einen 54jährigen Landmann, der seit 6—8 Jahren an einem Speiseröhrendivertikel litt, durch Operation davon zu befreien, nachdem das Röntgenbild des wismutgefüllten Sackes eine sehr genaue Diagnose über Lage, Form und Größe gestattet hatte. Das Divertikel erstreckte sich vom 6. Halswirbel bis zur Höhe der 3. Rippe, maß 10 cm in der Länge und 5,5 cm in der Breite und faßte 150 ccm.

M. v. Brunn (Tübingen).



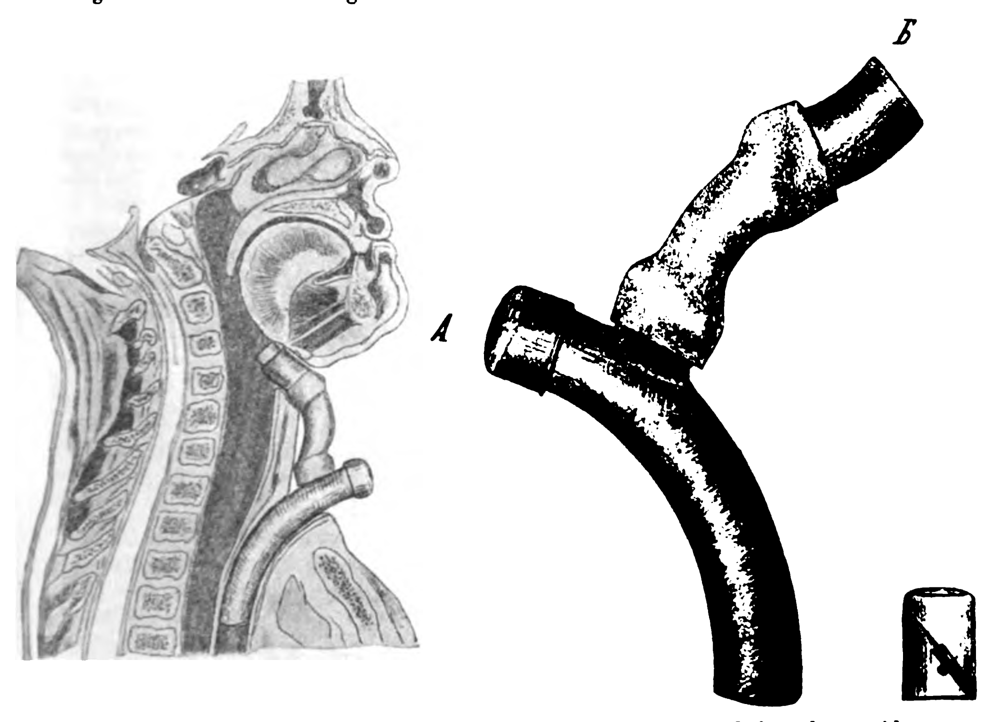
34) **J. C. Muir.** The intravenous injection of antitoxin in diphtheria.
(Lancet 1904. Dezember 24.)

Verf. glaubt auf Grund von 45, zum Teil besonders schweren Diphtheriefällen, bei denen das Antitoxin intravenös gegeben wurde, günstig über diese Applikationsweise urteilen zu müssen. Die Toxämie schien schneller, als bei der subkutanen Anwendung, zu weichen. Die Krankengeschichten sind ausführlich mitgeteilt.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

35) **P. J. Diakonow** (Moskau). Ein neuer Apparat zum Ersatze des exstirpierten Kehlkopfes.
(Arbeiten aus Prof. Diakonow's Klinik Bd. V. Beilage zur »Chirurgie« 1904. Nr. 96.)

Obgleich die Kehlkopfexstirpation den Ruf einer exquisit schweren, nicht für alle Chirurgen zugänglichen Operation schon lange verloren hat, so wird sie dennoch zu den entstellenden Operationen gerechnet. Es leiden nämlich bei der Kehlkopfexstirpation zwei recht wichtige Funktionen — das Schlingen und die Sprache. Alle bis jetzt existierende Apparate ersetzen diese Funktionen nur recht mangelhaft. Bisher habe ich mich gewöhnlich des künstlichen Kehlkopfes von Wolff bedient, ohne aber von ihm recht befriedigt zu sein. Die ihm anhaftenden Mängel haben mich bewogen, einen neuen Apparat herstellen zu lassen, der imstande wäre, obige beide Funktionen möglichst vollkommen herzustellen.



Die Konstruktion meines künstlichen Kehlkopfes ist aus den beigegebenen Abbildungen 1 u. 2 ersichtlich. Er besteht aus zwei silbernen Kanülen (für die Luftröhre und für den Rachen), die durch eine Gummiröhre verbunden sind; infolgedessen sind beide Teile des Apparates gegeneinander beweglich, und bei den Bewegungen des Kopfes macht die Rachenkanüle dieselben mit, während die Trachealkanüle ruhig liegen bleibt, was bei der Wolff'schen Kanüle nicht der Fall ist. Die Trachealkanüle hat an ihrem oberen Rande zwei Öffnungen; davon dient

die eine zum Aufsetzen des Gummirohres, die andere (A) wird durch einen silbernen Deckel verschlossen. Der Apparat, an Ort und Stelle gebracht, wie es auf der Zeichnung 2 abgebildet ist, braucht nicht durch ein Halsband festgehalten zu werden, worin ich auch einen Vorteil vor den anderen künstlichen Kehlköpfen sehe. Dank der Elastizität der Gummiröhre wird die eine Kanüle nach oben, die andere nach unten gepreßt, und der ganze Apparat sitzt fest. Sobald der Apparat eingesetzt ist, kann Pat. durch Mund und Nase atmen, rauchen usw., kann auch ganz vernehmbar zischelnd sprechen. Will er essen, so nimmt er die Rachenkanüle heraus (die Trachealkanüle bleibt an ihrem Orte), nimmt den Deckel von der Öffnung »*A*« ab, setzt ihn auf die obere Öffnung der Rachenkanüle (»*B*«) und führt letztere, die jetzt verschlossen ist, wieder ein. Da die Öffnungen *A* und *B* ganz gleich sind, so paßt der Deckel auf beide. Nun kann der Kranke essen und trinken; die Speise kommt nicht in die Kanüle, kann auch nicht neben ihr durchsickern, da die Öffnung in den Weichtheilen durch die Umrandung der Gummiröhre dicht verschlossen wird. Das Atmen geschieht während des Essens durch die Öffnung »*A*«. Die ganze Anpassung zum Essen, die darin besteht, daß der Deckel von der einen Öffnung auf die andere gesetzt wird, ist viel einfacher, als bei allen anderen Apparaten.

Im Grunde genommen kann sich der Pat. mit diesen Teilen des Apparates begnügen: er kann damit essen, trinken, regelrecht atmen und sprechen; es fehlt ihm nur die laute Sprache, was eigentlich schon ein Luxus ist, den zu entbehren die meisten Kranken mit Kehlkopfkrebs schon lange gewöhnt sind. Doch gibt mein Apparat auch die Möglichkeit laut zu sprechen. Zu diesem Zwecke wird in die obere Öffnung der Rachenkanüle ein Phonationsapparat eingesetzt, während die Öffnung »*A*« durch einen anderen Deckel verschlossen wird. Letzterer ist mit einem einfachen klappenartigen Ventil versehen, das durch den Inspirationsstrom geöffnet, durch den Exspirationsstrom verschlossen wird. Der Phonationsapparat selbst (auf der Zeichnung — »*B*« abgebildet) besteht aus einer Röhre mit einem Gummiplättchen, das, durch den Luftstrom in Schwingung gebracht, den Ton verursacht.

Man braucht nur meinen künstlichen Kehlkopf mit allen anderen zu vergleichen, um sich zu überzeugen, daß er mit nicht geringerer Leistungsfähigkeit, was Ersatz von Schluckakt und Stimme betrifft, eine viel größere Einfachheit in Konstruktion und Gebrauch verbindet, womit auch sein viel geringerer Preis im Zusammenhange steht. Der Apparat ist von der Firma Schwabe in Moskau zu beziehen, kann aber auch von einem gewöhnlichen Schlosser oder Silberarbeiter hergestellt werden, mit Ausnahme des Phonationsapparates, der, wie gesagt, zu entbehren ist.

(Selbstbericht.)

36) **v. Hacker.** Über die Behandlung der Narbenstrikturen der Luftröhre und die Mangoldt'sche Laryngo-Tracheoplastik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 764.)

Bei einem 5jährigen Knaben hatte sich nach einer vom Schildknorpel bis zum zweiten Trachealringe reichenden Tracheotomie, die zur Extraktion eines Fremdkörpers (Metallschließe eines Musterkuverts) vorgenommen worden war, eine Trachealstenose ausgebildet. Eine Resektion der stenosierenden Partie mit Plastik unter Mobilisierung der Luftröhre und Verwendung ihrer eigenen Wandreste hatte infolge Durchschneidens der Nähte keinen Erfolg. Wegen der wiederkehrenden Stenose mußte wieder eine Kanüle eingelegt werden. Schließlich gelang es v. H., den besonders die vordere Luftröhrenwand betreffenden Defekt durch eine Chondroplastik nach Mangoldt zum Verschluß zu bringen und völlige Heilung herbeizuführen. Die Mangoldt'sche Plastik, welche Verf. warm empfiehlt, besteht in der Einheilung eines Knorpelstückes (Rippenknorpel) unter die Haut seitlich vom Defekt, in der Umhüllung dieses Knorpelstückes mit Haut auch auf seiner Unterseite, in der Abpräparierung dieses Doppellappens und Einnähung in die Lücke, endlich in der Durchtrennung der Ernährungsbrücke nach der Einheilung.

M. v. Brunn (Tübingen).



37) **Heydenreich.** Ein bronchoskopischer Fremdkörperfall.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

Ein 6jähriges Kind hatte vor 14 Tagen eine Glasperle verschluckt. Die Bronchoskopie ließ dieselbe in der Luftröhre erkennen. Da eine Extraktion wegen der Enge des Bronchoskops unmöglich erschien, sollte ein größeres Instrument eingeführt werden. Nach Herausnahme des ersten Bronchoskops wurde die Perle aber ausgehustet. Am nächsten Tage wurde wegen Erstickungsgefahr die Tracheotomie nötig. **Borchard** (Posen).

38) **G. Richter.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Lungenrupturen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 140.)

Ein 11jähriger Knabe erlitt eine Überfahrung der Brust und wurde nach einigen Schritten ohnmächtig. Blutung aus der Nase, Erbrechen von Blut, kein Bluthusten. Nach 2 Tagen leichte Temperatursteigerung, trockener Husten. Drei Querfinger hohe Dämpfung, Hämopneumothorax links. Kein Rippenbruch. Bei der Thorakotomie fand sich eine Zerreißung des linken Oberlappens. Der 7 cm lange, 1—3 cm weit klaffende Riß wurde genäht, doch starb Pat. kurze Zeit nach der Operation. — Die Arbeit enthält außerdem eine ausführliche Zusammenstellung der Literatur. **M. v. Brunn** (Tübingen).

39) **K. Büdinger.** Über Lungensequester.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 42.)

In dem von B. mitgeteilten Falle war dem Pat. vor längerer Zeit eine Kornähre in den Bronchus der einen Lunge eingedrungen, ohne zunächst schwere Erscheinungen zu setzen. Sie rief allmählich eine eitrige Entzündung hervor, die sich mehr und mehr der vorderen und unteren Oberfläche des Mittellappens näherte, die Pleura in Mitleidenschaft zog und ein umschriebenes Empyem veranlaßte. Ganz plötzlich traten Symptome einer sehr großen Kaverne mit nicht nachgiebiger Wand auf, ohne daß die Expektoration anhaltend besonders reichlich und charakteristisch wurde. Bei der Operation — Resektion der 3. Rippe — wurde nach Durchtrennung einer dicken graugelben Schwarte eine große Eiterhöhle eröffnet und ein mannsfaustgroßer Lungensequester entfernt; in die Höhle mündete ein sehr weiter Bronchus und eine Anzahl kleinerer Bronchialäste. Der Sequester enthielt die 4 cm lange Kornähre. Langsame Heilung.

Als Möglichkeiten für die Entstehung von Lungensequestern führt B. an: 1) Die Pneumonia dissecans; 2) intrapulmonale Abszesse, a. bei besonderer Ausbreitungsart der Eiterung, b. bei eitriger Einschmelzung der peripheren Teile eines pneumonischen Herdes, besonders infolge septischer Embolie, c. bei multiplen kleinen Abszessen, wenn eine relative Widerstandsfähigkeit der Bronchialäste und anhängenden Läppchen gegen die eitrige Einschmelzung besteht; 3) Kombination eines die Randpartien der Lunge isolierenden Abszesses mit Empyem, die im vorliegenden Falle bestand. **Kramer** (Glogau).

40) **Parisot.** Plaies du coeur.

(Revue méd. de l'Est 1904. Oktober 1.)

Studie über Herzwunden vom Standpunkte der gerichtlichen Medizin. In den fünf von P. beobachteten Fällen von Stichverletzung des Herzens lebten drei Pat. noch 10, 20, bezw. 60 Minuten. Bei dem Pat., welcher noch 20 Minuten lebte, bestand die Verletzung in einer isolierten Durchtrennung der A. coronaria anterior, während der Ventrikel nicht eröffnet war. Von den Folgen einer derartigen Verletzung hat die sog. Herztamponade die größte Bedeutung. Aus den wenigen bekannten Fällen geht hervor, daß die Verletzung der A. coronaria bisweilen sofort tödlich ist, während andererseits der Verletzte noch mehrere Tage leben kann. Das hängt erstens davon ab, ob sich rasch ein Blutgerinnsel bilden kann, welches die Arterie verstopft, und zweitens auch von der Lage der Wunde; je peripherer die Verletzung der Arterie ist, um so ungefährlicher ist sie.

Mohr (Bielefeld).

41) **Williams.** Penetrating wounds of the chest, perforating the diaphragm and involving the abdominal viscera.
(Annals of surgery 1904. November.)

Bei Brustwunden, welche unterhalb der 6. Rippe sitzen, muß an Verletzung des Zwerchfelles und der Baucheingeweide gedacht werden. Nach W. soll man in Fällen, welche eine derartige Verletzung vermuten lassen, die Wunde erweitern und eine bis zwei Rippen resezieren, um in die Tiefe sehen zu können. Drei Fälle derartiger Verletzungen werden beschrieben. Im ersten Falle handelte es sich um eine Wunde im 8. Zwischenrippenraum mit Verletzung des Zwerchfelles und eines Harnleiters. Naht des Zwerchfelles nach Resektion eines Stückes aus der 7. und 8. Rippe, dann Laparotomie zur Besichtigung der Bauchhöhle, endlich Lendenschnitt und Nierenexstirpation. Heilung.

Im zweiten Falle lag eine Stichverletzung des 8. Zwischenrippenraumes vor. Naht des Zwerchfelles und Verlängerung des Schnittes nach unten für die Laparotomie. Naht der verletzten Milz. Heilung.

Der dritte Fall war ähnlich dem zweiten, doch wurde hier bei der Laparotomie keine Verletzung der Baucheingeweide angetroffen. **Herhold** (Altona).

42) **H. Künzel.** Eitrige Peritonitis im Anschluß an akute Tonsillitis. (Aus der Prosektur des Krankenhauses r. d. I. zu München.)
(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 43.)

Für die Entstehung der Peritonitis bei der sterbend ins Krankenhaus eingelieferten 18jährigen Pat. konnte durch die Sektion keine andere Ursache als eine beiderseitige akute Tonsillitis nachgewiesen werden. Hierfür sprach auch die Übereinstimmung des bakteriologischen Befundes (Streptokokkus pyog.) im peritonitischen Exsudat und in den Mandeln; die von den übrigen in Betracht kommenden Organen angelegten Kulturen wiesen keine Streptokokken auf.

Kramer (Glogau).

43) **Hancock.** Appendix vermiformis concealed in the postcaecal retroperitoneal space.
(Annals of surgery 1904. November.)

Als bei einem 25jährigen Manne wegen Appendicitis die Bauchhöhle eröffnet war, wurde der Wurmfortsatz zunächst nicht gesehen und erst gefunden, nachdem das untere Ende des Blinddarmes mit Fingern emporgehoben und das visceroparietale Bauchfellblatt gespalten war. Der Wurmfortsatz hatte keinen peritonealen Überzug, er war blaß und dünn, seine Schleimhaut im Zustande chronischen Katarrhs. Verf. glaubt, daß es sich um eine angeborene Anomalie handelte, und daß eine extraperitoneale Operation genügt haben würde, wenn man die Diagnose hätte stellen können. **Herhold** (Altona).

44) **M. A. Wassiljew.** Appendicitis in männlichen Leistenbrüchen.
(Russ. Archiv f. Chirurgie 1904. [Russisch.])

Der 53jährige Mann hatte seit 18 Jahren einen rechtsseitigen Leistenbruch und trug ein Bruchband, das er in letzter Zeit abgelegt hatte. Vor 3 Monaten hatte er bei heftigem Drängen Schmerzen rechts unten und die Empfindung, als träte etwas aus dem Leib in den Hodensack. Infolge von Repositionsversuchen begann die Geschwulst im Hodensacke zu schwellen, nahm jedoch nach einigen Tagen wieder ab und blieb schmerzlos.

Bei der Untersuchung fand sich eine gänseeigroße, glatte, sehr harte Geschwulst, die sich vom Hoden abgrenzen ließ. Der Samenstrang war nicht zu fühlen, es wurde daher eine von ihm ausgehende Neubildung angenommen.

Operation in Äthernarkose (1903): Man gelangte sogleich in einen Bruchsack und auf den Wurmfortsatz, der mit der Geschwulst verwachsen war, die ihrerseits rings am Bruchsack adhärierte. Zog man an der Geschwulst, so erschien der Blind-



darm in der Bruchpforte. Der Wurmfortsatz wurde mit dem Gesamtinhalte der rechten Hodensackhälfte entfernt. Heilung.

Die Geschwulst bestand aus Granulations- und narbigem Bindegewebe, in das zahlreiche Abszesse eingebettet waren, die mit zwei Perforationen des Wurmfortsatzes kommunizierten, der seinerseits ebenfalls zum Teil in die Geschwulst einbegriffen war. Von Tuberkeln oder Riesenzellen ließ sich nichts nachweisen.

V. E. Mertens (Breslau).

45) **Cluss.** Die Bruchoperationen und deren Dauerresultate von 1896 bis 1903.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 503.)

Im städtischen Hospitale zu Schwäbisch Gmünd wurden in dem genannten Zeitraum 78 freie und 24 eingeklemmte Leistenbrüche, 11 freie und 23 eingeklemmte Schenkelbrüche, 3 freie und 3 eingeklemmte Nabelbrüche und 17 Bauchbrüche operiert. Bei der Operation der Leistenbrüche wurde die Bassini'sche Methode vorwiegend angewendet. Ein Pat., ein unruhiger Geisteskranker, starb nach Netzresektion infolge einer Blutung in die Bauchhöhle. Von Störungen der Wundheilung wurden 3mal Nahteiterungen, 5mal kleine Abszesse, 11mal völlige secunda intentio beobachtet.

97,20% der Pat. mit freien Brüchen wurden einer persönlichen Nachuntersuchung unterzogen, bei denen die Operation mindestens 1 Jahr zurücklag. Es fanden sich 7 Rezidive von Leistenbrüchen, 1 Rezidiv eines Schenkelbruches. 5 von diesen 8 Pat. hatten an doppelseitigen Hernien gelitten, 6mal war die Heilung erst per secundam erfolgt. Unter den 47 eingeklemmten Leisten- und Schenkelbrüche wurden 26mal der Bruchinhalt reponiert, 6mal eine Resektion des Netzes, 3mal eine Abtragung des Wurmfortsatzes, 6mal primäre Darmresektion, 2mal die Verlagerung des Darmes, 3mal die Abtragung eines leeren Bruchsackes ausgeführt; 1mal war bereits eine diffuse Peritonitis vorhanden. Es starben insgesamt 7 Pat., davon 4 an Darmbrand und Peritonitis, 1 an Sepsis, 2 an Herzschwäche. 6mal, bei 2 Leisten- und 4 Schenkelbrüchen, kam es zu Rezidiven.

Die 6 Nabelbrüche betrafen 1 Kind von 8 Jahren und 5 Erwachsene. Das Kind starb nach Operation eines nicht eingeklemmten Bruches am Operationstage, ohne daß die Sektion die Ursache dafür aufdeckte. Von den 3 eingeklemmten Nabelbrüchen führte der eines 53jährigen Mannes mit fettiger Entartung des Herzmuskels, Dilatation des Herzens, Granularatrophie beider Nieren, Stauungsmilz und Fettleber zum Tode während der Operation. Die Einklemmung hatte 24 Stunden bestanden. Von den 4 Geheilten bekam 1 ein Rezidiv.

Unter den 17 Bauchhernien befindet sich eine ausgesprochene traumatische Hernie der rechten Unterbauchgegend nach Stoß durch eine Wagendeichsel. Gleichzeitig war es zu Mesenterialzerreißungen und Darmruptur gekommen. Obgleich am Tage nach der Verletzung das beschädigte Darmstück reseziert wurde und kein stärkerer Ausfluß von Darminhalt in die Bauchhöhle erfolgt war, starb der 69jährige Mann am Abend des Operationstages. Im übrigen verteilen sich die Bauchhernien auf 9 Bauchnarbenbrüche, 5 epigastrische und 2 Parumbilikalhernien.

M. v. Brunn (Tübingen).

46) **Hilgenreiner.** Zur Kasuistik der Hernia bursae omentalis. Ein Fall von Hernia intraepiploica incarcerata.

(Prager med. Wochenschrift 1903. Nr. 43—45.)

Unter Hernia intraepiploica ist nach Verf. streng genommen nur ein Bruch zu verstehen, bei dem der Bruchinhalt im großen Netzbeutel liegt, also von den beiden Platten des großen Netzes umschlossen wird. Den einzigen natürlichen Zugang zu ihm bildet der Weg durch das Foramen Winslowii und die Bursa omentalis minor. Abnorme Verbindungen zwischen ihm und der großen Bauchhöhle können ferner durch Lochbildungen a) am Lig. hepato-gastricum, b) gastro-colicum, c) Omentum majus und d) im Mesocolon transversum entstehen. Voraussetzung

für das Zustandekommen der Hernia intraepiploica ist, daß die Bursa omentalis major noch nicht verödet ist.

H. hatte nun Gelegenheit, in der Klinik Wölfler's einen zu c) gehörigen Fall mit glücklichem Ausgang am 7. Tage nach Beginn der Einklemmungserscheinungen zu operieren. Die abnorme Öffnung des großen Netzbeutels lag in seinem hinteren Blatte, nahe der Umschlagsstelle in das vordere Blatt. Der Bauch war besonders unterhalb des Nabels bedeutend vorgewölbt und gespannt, und deutliche Darmsteifung zu beobachten. Nach Eröffnung der Bauchhöhle stellte sich ein mehr als mannskopfgroßer, leicht verschieblicher und vor die Bauchwunde zu wälzender Peritonealsack ein, welcher fast den ganzen Dünndarm einschloß. Nach Spaltung der etwa für drei Finger durchgängigen, ringförmigen Bruchpforte und Reposition des Darmes zeigte sich der Bruchsack als eine vom Colon transversum schlaff herabhängende Tasche, die gegen die Bursa omentalis minor abgeschlossen war.

Wie aus der übersichtlichen Darstellung der anatomischen Verhältnisse hervorgeht, dürfen diejenigen Brüche, bei welchen in das zu einem Trichter aufgerollte Netz Darmschlingen eingelagert sind, oder — wie häufig in Leistenbrüchen — ein die Darmschlingen einhüllender Netzsack gefunden wird, nicht zur Hernia intraepiploica gerechnet werden. Verf. bringt für jene die recht passende Bezeichnung Hernia interepiploica in Vorschlag. **Gutzeit** (Neidenburg).

47) **Theile.** Über Angiome und sarkomatöse Angiome der Milz.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 297.)

Bei ca. 900 Sektionen, die in 4 Jahren in dem unter Leitung von Lubarsch stehenden pathologisch-anatomischen Institute zu Posen ausgeführt wurden, gelangten vier Fälle von Milzangiomen bezw. sarkomatösen Milzangiomen zur Beobachtung. Bei drei dieser Pat., die an anderen Krankheiten gestorben waren, handelte es sich um Angiome der Milz, die während des Lebens keine Erscheinungen gemacht hatten. Bezüglich dieser Fälle wird auf das Original verwiesen.

Der vierte Fall erregt klinisches Interesse, weil hier die Milz exstirpiert wurde. Es handelte sich um einen 56jährigen Pat., der, sonst stets gesund, seit ca. 6 Monaten an Schwäche in den Gliedern, Druckerscheinungen im Bauch und einer Anschwellung des Leibes, ohne besondere Schmerzen, litt. Brustorgane waren ohne Besonderheit. Im Bauche fühlte man eine unter dem linken Rippenbogen hervorkommende Geschwulst, die die Milzform wahrte und auch den Milzrand deutlich erkennen ließ. Die Milzdämpfung reichte nach oben in der mittleren Axillarlinie bis zur 6. Rippe. Die übrigen Organe waren gesund. Blutuntersuchung: ziemlich starke Hyperleukocytose (1 : 350), besonders jedoch die polynukleären Blutzellen betreffend. Laparotomie (Prof. Jaffé). Die Exstirpation der kolossal vergrößerten Milz gelingt leicht, nur die Vorwälzung der Geschwulst war schwierig. Diese war äußerst blutreich, sie wog nach der Exstirpation 2500 g. Der Kranke starb einen Tag danach an einer Nachblutung, die man durch Tamponade vergeblich zu stillen versucht hatte. Die mikroskopische Untersuchung der Milz ergab, daß es sich in der Hauptsache um eine Gefäßneubildung (Hämangiom) handelte, die in einigen Abschnitten rein kavernös war. Andere Teile zeigten deutlichen sarkomatösen Aufbau, und zwar vom Charakter des reinen Spindelzellensarkoms. An den Übergangsstellen zwischen Angiom- und Sarkompartien machte sich zunächst eine deutliche Zunahme an Spindelzellen im Zwischengewebe bemerkbar. Die Neubildung hatte Metastasen in Leber, Lunge und Magen gebildet, die vorherrschend angiomatösen Bau zeigten, ebenso wie die primäre Milzgeschwulst, während die sarkomatösen Partien in den Hintergrund treten. Die sehr ausführliche histologische Beschreibung und die Bemerkungen über den Entstehungsmodus derartiger Geschwülste gehen über den Rahmen eines Referates hinaus; sie müssen ebenso wie die Literaturangaben im Original nachgelesen werden.

Doering (Göttingen).



48) J. Heyrovsky. Der Influenzabazillus als Erreger der Cholecystitis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 23.)

Im blutig gefärbten Eiter, der aus einer in der II. chirurg. Klinik operativ behandelten Cholecystitis stammte, konnte H. mikroskopisch und kulturell in Reinkultur echte Pfeiffer'sche Influenzabazillen im Weichselbaum'schen Institute nachweisen.

Bisher ist eine derartige Lokalisation des Influenzabazillus noch nicht beschrieben. **Hübener** (Dresden).

49) F. Fink (Karlsbad). Choledochusverschluß durch primäre Anlagen (Gallenschlamm). Cholagoge Wirkung des Karlsbader Thermalwassers.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

Bei dem bereits vor $1^1/_2$ Jahr am Gallensystem operierten Pat., der eine Gallenfistel zurückbehalten hatte, traten in Karlsbad nach 5wöchigem Kurgebrauch erneut Erscheinungen schweren Choledochusverschlusses auf, die, wie die Operation durch F. ergab, nicht, wie vor dem ersten operativen Eingriff, durch feste Konkremente, sondern durch aus der Gallenblase stammenden Gallenschlamm bedingt waren. Letzterer wurde entfernt, der große Wanddefekt im Choledochus durch eine Plastik (Heranziehung des leber- und darmwärts gelegenen Choledochusabschnittes und von der Schleimhautseite des Choledochus aus an der hinteren und medialen Wand angelegte zirkuläre Naht) zum Verschluß gebracht. Nachbehandlung mit Spülungen durch einen in den Choledochus eingeführten Katheter und mit großen Dosen Karlsbader Wassers; vollständige Heilung.

F. weist auf seine Erfahrung hin, daß der Befund von Steinabgang nicht allein das Bestimmende für die Diagnose Cholelithiasis ist, sondern daß Gallensteinsymptome viel häufiger durch primäre Anlagen (Gallenschlamm) hervorgerufen werden, welche bei frühzeitiger Anwendung einer Kur in Karlsbad günstige Bedingungen für die Fortschaffung und die vollständige Beseitigung des Leidens vorfinden. Das Karlsbader Wasser habe zweifellos eine gallenvermehrende und die Galle und Gallengänge reinigende Wirkung. **Kramer** (Glogau).

50) E. Friedheim. Über primären Krebs der Leber, Gallengänge und Gallenblase.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 188.)

Aus dem allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf teilt F. 25 Fälle von primärem Karzinom der Gallenblase und der größeren Gallengänge mit, die dort im Laufe von $8^3/_4$ Jahren zur Beobachtung kamen. 3mal gelang es, durch Exstirpation der Gallenblase Heilung zu erzielen, die $5^1/_2$ und $3^1/_4$ Jahre bezw. $2^1/_2$ Monate besteht.

Von primärem Karzinom der Leber wird 1 Fall berichtet, Karzinome des Ductus choledochus sind 2 Fälle, Karzinome der Gallenblase 22 Fälle. Unter diesen letzteren wurde 3mal kein chirurgischer Eingriff vorgenommen, 7mal eine Probelaparotomie ausgeführt, 4mal eine palliative Operation, 5mal eine unvollkommene und 3mal eine vollkommene Exstirpation. **M. v. Brunn** (Tübingen).

51) W. Oettinger. Beitrag zur Talma'schen Operation.

Inaug.-Diss., Breslau, 1904.

In der v. Mikulicz'schen Klinik sind 3 Fälle behandelt, 2 gestorben, 1 Fall gebessert. Verf. sichtet das literarische Material nach den Gesichtspunkten, ob der Ascites völlig unverändert, oder geringer bezw. langsamer, oder schließlich gar nicht mehr wiedergekommen ist. Er konnte 169 Fälle für diese Statistik verwerten. In 48 Fällen (28,4%) wurde der Ascites nicht beeinflußt, in 35 (= 20,71%) gebessert und in 86 (= 50,89%) zum Schwinden gebracht. Danach nimmt Verf. an, daß

die Operation in der Tat imstande ist, eine Heilwirkung auf den Ascites auszuüben. Weiter berechnet Verf. statistisch aus der Literatur, daß die hypertrophische Cirrhose eine bessere Prognose für die Operation gibt, daß aber auch die atrophischen Cirrhosen keineswegs von der Operation ganz auszuschließen sind. Was die Technik betrifft, so wird die Drainage in der Breslauer Klinik verworfen, das Netz wird zwischen Peritoneum parietale und Bauchmuskulatur nach Abtrennung des ersteren angenäht.

Die Cholecystostomie ist neuerdings von einigen Operateuren ausgeführt worden. Sie soll zu empfehlen sein bei infektiöser hypertrophischer Cirrhose. Es ist aber über ihren Wert noch nichts zu sagen.

Die Gefahren der Operation sind die bekannten. Infolge Darmknickung ist auch einer der Fälle aus der Breslauer Klinik zugrunde gegangen, so daß der Prozentsatz der daran Gestorbenen jetzt 1,66 beträgt. — Die Notwendigkeit einer im wesentlichen kohlehydratreichen Nahrung nach der Operation ist von Schiassi u. a. betont worden. Punktion nach der Operation muß nach Bedarf wiederholt werden.

Wegen der Gefahren, die die Operation in sich birgt, wird man die innere Therapie erst genügend lange anwenden. Der Zeitpunkt nach der zweiten Punktion dürfte sich als der geeignetste empfehlen.

Kasuistik aus der Literatur und Literatur selbst werden am Schluß angeführt.

E. Moser (Zittau).

52) **M. Guillot** et **G. Courbet.** De l'omentopexie sushepatique (modification de l'opération de Talma).

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 119.)

Schon vor 2 Jahren hat G. geraten, die Talma'sche Operation dadurch zu verbessern, daß man das Netz zwischen Leberkonvexität und Zwerchfell heftet. Dadurch werde an das in der Leberkapsel gelegene weitmaschige Kapillarnetz der Leberarterie ein neues Gefäßgebiet angeschlossen, das zu gleicher Zeit das »funktionelle System« (der Pfortader) entlastet und das »nutritive System« (der Leberarterie) unterstützt.

Der erste nach diesen Gesichtspunkten operierte Fall ist der folgende:

Der 47jährige Pat. kam mit hochgradigem Ascites infolge Lebercirrhose zur Aufnahme; in 10 Wochen wurde er neunmal punktiert, wobei je 12—15 Liter entleert wurden. Operation am 26. Juli 1903; die Leber wurde heruntergezogen und das Netz mit drei Nähten an das Lig. falciforme geheftet, so daß es die Leber vom vorderen scharfen Rande bis weit nach hinten bedeckte. Außerdem wurde das Netz mit drei von den sechs Bauchdeckennähten gefaßt. Im Laufe der nächsten 4 Wochen wurde nach viermal punktiert, dann begann die Urinsekretion zu steigen — bis auf 4 Liter täglich. Entlassung am 20. September.

Ende Januar 1904 stellte Pat. sich ascitesfrei vor und erklärte, in 2 Monaten seine Arbeit wieder aufnehmen zu wollen. Die tägliche Urinmenge betrug jetzt 1½ Liter.

V. E. Mertens (Breslau).

53) **A. Becker.** Isolierte Schußverletzung des Pankreas, durch Operation geheilt.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 748.)

Der aus der Müller'schen Klinik stammende Fall betrifft ein 26jähriges Mädchen, daß 1 Stunde nach einer Revolverschußverletzung zwischen 8. und 9. linken Rippenknorpel laparotomiert wurde. Es fand sich außer einem Streifschuß des Magengrundes ohne Eröffnung desselben nur ein 10pfennigstückgroßes Loch im Schwanzende des Pankreas. Naht und teilweise Tamponade. Die Pleura riß auf eine kleine Strecke ein und wurde ebenfalls genäht. Heilung. Die Durchtrennung des 7.—9. Rippenknorpels hatte den Zugang sehr erleichtert. Lange Zeit blieb eine Pankreasfistel bestehen. Noch am 94. Tage nach der Verletzung gelang es, Pankreasfermente im Fistelsekrete nachzuweisen. Nach 5 Monaten erst schloß sich die Fistel.

M. v. Brunn (Tübingen).

54) **E. Rochard.** Calcul du cholédoque ou cancer du pancréas.

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 139.)

Es gelang R., bei einem 67jährigen Manne ein Pankreaskarzinom zu diagnostizieren, trotzdem keine Geschwulst zu tasten war.

Pat. hatte vor 2 Monaten plötzlich auf Opium wieder schwindende Leibschmerzen gehabt. 2 Wochen später begann langsam zunehmender Ikterus mit typischem Stuhl und Urin. Die Farbe des Stuhles blieb stets gleich blaß. Gallensteinkoliken oder Schmerzen in der Gallenblasengegend fehlten. Trotzdem der schließlich cholämische Pat. stark abgemagert war, ließ sich weder die Gallenblase, noch eine Geschwulst fühlen. Es blieb nichts übrig, als eine den Choledochus komprimierende Neubildung des Pankreaskopfes anzunehmen.

Die Operation bestätigte diese Vermutung vollauf. (Die Gallenblase war übrigens stark gedehnt, aber durch Verwachsungen ganz unter die Leber verzogen.) Ein Gallenstein war nirgends zu finden. Die Gallenwege waren erweitert infolge Kompression des Choledochus an der Mündung in den Darm. Pat. starb 4 Stunden nach der Operation »per Chok«. **V. E. Mertens** (Breslau).

55) **S. Philips.** A case of fibroid disease of the pancreas with calculi, accompanied by jaundice and subsequently by diabetes; laparotomy; relief of symptoms; death.

(Transact. of the clin. soc. of London Bd. XVII. 1904.)

Die 26 Jahre alte Pat. erkrankte Weihnachten 1901 mit Schmerzen und Schwellungen in der rechten Regio hypochondriaca. Dazu trat nach 2 Monaten Gelbsucht mit Vergrößerung der Leber und Gallenblase. Eine Probelaparotomie stellte eine starke Vergrößerung des Pankreas, namentlich am Kopfe desselben, fest und führte wohl durch Entleerung der Gallenblase vorübergehend eine Besserung des Zustandes herbei. 2 Monate später enthielt der Urin zum ersten Male Zucker. Im Oktober 1902 trat der Ikterus zurück. Januar 1903 erfolgte der Tod. Die Sektion bestätigte den klinischen Befund und stellte außerdem Cysten und Steine im Pankreas fest. Die Ductus pancreatici erwiesen sich als stark erweitert, und die Langhans'schen Inseln waren von fibrösem Gewebe überwuchert und kaum noch erkennbar. **Dreyer** (Köln).

56) **Hanley.** Acute hemorrhagic pancreatitis.

(Buffalo med. journ. 1904. Dezember.)

50jährige Frau, welche früher mehrfach an Gastralgie mit Erbrechen litt. Bei dem jetzigen Anfalle schienen die Symptome auf eine akute, event. eitrige Cholecystitis hinzuweisen. Bei Eröffnung des Bauchfelles entleerte sich dunkle Flüssigkeit, das Netz war übersät mit Fettnekrosen, ebenso die kleine Kurvatur des Magens; die Bauchspeicheldrüse selbst war hämorrhagisch infiltriert. Die inzidierte Gallenblase enthielt teerähnliche Galle, keine Steine; Drainage derselben; Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

57) **Prichard.** Case of mesenteric cyst.

(Bristol med.-chir. journ. 1903. Dezember.)

Die eigentlichen Gekröscysten sind sämtlich embryonalen Ursprunges. P. beobachtete einen Fall der seltenen Form, bei welcher die Cystenwand den Bau des Magen-Darmkanales zeigt. Diese Cysten entstehen wahrscheinlich aus ursprünglichen Divertikeln oder frühzeitig erfolgenden Abschnürungen der Darmanlage.

Der 15jährige Kranke hatte von jeher an anfallsweiser schmerzhafter Anschwellung des Unterleibes gelitten. Die augenblicklichen Erscheinungen wiesen auf eine ungewöhnliche Form zeitweiliger chronischer Darmverengerung hin: anfallsweise plötzliche Schwellung vom Umfang und der Form des Magens, jedoch unterhalb des Magens, nach einigen Minuten Rückgang unter Gurren. Bei der Operation fand sich eine sehr große Geschwulst, die den Darm vor sich herdrängte und genau einer Hernie des Magens zwischen den Schichten des Mesokolons glich; die Auslösung der verwachsenen Cyste war schwierig; ein Stiel wurde an der

Wirbelsäule gefunden. Heilung. Die papillomatöse Innenseite der Cystenwand sah der Darmschleimhaut ähnlich, und mikroskopisch stimmte die Struktur vollkommen mit der des Duodenum überein. **Mohr** (Bielefeld).

Bemerkung zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Freudenberg: Ein neues Ureterencystoskop für den Katheterismus einer oder beider Ureteren.

Von

*Dr. **H. Lohnstein** in Berlin.*

In Nr. 51 des Jahrganges 1904 dieser Zeitschrift beschreibt Herr Kollege Freudenberg ein neues, nach seinen Angaben konstruiertes Ureterencystoskop, in welchem zwei neue Prinzipien verwertet worden sind. Das erste besteht darin, daß Lampe, Prisma (resp. Objektivlinse) und Austrittsöffnung für den Ureterkatheter an der hinteren, der Konvexität des Schnabels entsprechenden Seite des Schaftes angebracht sind. — Die Vorzüge dieser Kombination werden im Anschluß daran kurz erörtert. Daß diese Anordnung die Vorzüge besitzt, die Herr Freudenberg ihr vindiziert, ist unbestreitbar. Jedoch ist das bei derselben angewandte Konstruktionsprinzip keineswegs neu. Ich selbst habe gelegentlich eines Aufsatzes: Zur Technik der Cystoskopie, den ich vor nahezu 10 Jahren veröffentlichte, auf die Vorteile hingewiesen, welche diese Anordnung gelegentlich gewährt[1]. In diesem Aufsatze machte ich auf die Vorzüge aufmerksam, welche eine im Schafte des Cystoskops gelegene Lampe gegenüber der im Schnabel des Cystoskops befindlichen Lampe, wie sie Nitze empfiehlt, bietet. Einer dieser Vorzüge besteht, wie ich ausgeführt habe, in der Möglichkeit, die Form, Richtung und Winkelstellung des Schnabels zum Schafte des Instrumentes nach Bedarf zu variieren. — Am Schlusse heißt es wörtlich: »Endlich erhält man dadurch, daß man den Schnabel nach der anderen Richtung abbiegt, so daß er mehr oder weniger von der Lampe abgewandt steht, ein Instrument, in dessen Gesichtsfeld bei der Anfangsstellung des Schaftes der Blasenboden, die Urethralwülste usw. erscheinen, ohne daß man erst nötig hat, den Schaft hin und her zu drehen.« — Diese Spezialanordnung, die sich aus dem neuen von mir zuerst in die Cystoskopie eingeführten Prinzip der Schaftlampe ergab, findet sich in der angeführten Abhandlung besonders in einem Klichee abgebildet.

Cystoskope, welche nach diesem Prinzip konstruiert sind, werden nicht nur von mir, sondern von vielen anderen Kollegen seitdem gebraucht. Das neue Prinzip selbst, auf welchem ihre Konstruktion beruht, und die dadurch bedingte Möglichkeit, dem Schnabel jede beliebige Form, Richtung und Gestalt zu geben, ist insofern fruchtbringend geworden, als es bei drei später entstandenen Cystoskopen (dem Güterbock'schen Spülcystoskop, dem Casper'schen Ureterencystoskop, sowie bei einem der Nitze'schen Ureterencystoskope) verwertet wurde. Ich selbst habe die oben erwähnte Lampe mehrfach nicht nur an einfache Cystoskope, sondern auch an Casper'sche Ureterencystoskope geschraubt angewandt, allerdings nicht geglaubt, diese an sich belanglose Tatsache noch besonders zu publizieren, besonders da Casper selbst gelegentlich seiner ersten Publikation auf diese Anordnung hingewiesen hatte. — Die Freudenberg'sche Anordnung ist somit nicht neu, sondern eine Wiederholung des bereits von mir vor 10 Jahren veröffentlichten und sowohl bei einfachen wie bei Ureterencystoskopen angewandten Prinzipes.

---

[1] *Deutsche med. Wochenschrift 1895. Nr. 4.*

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 6. Sonnabend, den 11. Februar. 1905.

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Dorpat.)

Gritti'sche Amputation.

Von

Dr. **Wilh. Harms** in Reval,
ordin. Marinearzt.

M. Silbermark teilt in diesem Blatte Nr. 45 1904 mit v. Mosetig-Moorhof verhindere das Abgleiten der Patella bei der Gritti'schen Amputation dadurch, daß er das Lig. Patellae proprium an der Kniescheibe belasse und mit dem Stumpfende des Semimembranosus und Biceps femoris zusammennähe. Diesem Abgleiten

der Kniescheibe hat außer anderen auch Dr. Bohl, in den Arb. d. chir. Klin. Dorpat Heft I 1896, einen Artikel gewidmet und nach Aufzählung der Verfahren, es zu verhindern, eine auf das gleiche hinzielende Modifikation beschrieben, welche Prof. v. Koch seit 1892 anwendet. Es wird nämlich das Lig. Patellae proprium in den besonders zugestutzten Weichteilen ebenfalls geschont und mit den Resten der hinteren Kapselwand des Oberschenkels, oder, wenn diese nicht da sind, mit dem Periost bezw. Knochen der hinteren Corticalis des innerhalb der Kondylen durchsägten Oberschenkels vernäht. Dabei hat Dr. Bohl nicht nötig befunden zu erwähnen, daß hier, seit 1889, wo es nur angeht, über den entsprechend gerundeten Knochenstümpfen auch die Extensoren und Flexoren mit ihren Sehnen bezw. Muskelbäuchen möglichst bei allen Amputationen durch Nähte aneinander gebracht werden, so daß der Knochen in einer Sehnen- bezw. Muskelhülse steckt. Dr. Bohl schien dieses mit unserem Chef ein selbstverständlicher Griff, welcher jedem beschäftigten Operateur sich aufdrängen müsse; und sicher erreicht man auf diese Weise einen beweglicheren und der Atrophie weniger ausgesetzten Stumpf.

Sollte sodann Silbermark mit der Bemerkung, v. Mosetig's Methode ermögliche nach 14 Tagen einen »tragfähigen« Stumpf, andeuten wollen, in dieser Weise ließe sich die Patella nach kurzer Zeit belasten, so wäre auf die experimentellen Untersuchungen Ehrlich's (Amputatio Gritti. Inaug.-Diss., Dorpat, 1892) über die sensiblen Qualitäten der Patellargegend und jene der Tuberositas tibiae hinzuweisen. Über der Patella sind alle sensiblen Qualitäten verhältnismäßig sehr hoch entwickelt und infolge dessen Schmerzempfindungen schon bei geringer Inanspruchnahme auf Druck zu verzeichnen, während an der Gegend der Tuberositas tibiae bei experimenteller Prüfung ein geringeres Maß der sensiblen Qualitäten sich ergibt. Es ist dieser Unterschied mit Grund der Tatsache, daß wir nicht mit der Kniescheibe, wohl aber mit der Tuberositas tibiae knien. Für die direkte Belastung im künstlichen Bein eignet sich also nicht die Patella, sondern nur die Tuberositas tibiae, auch wenn sie, in Sabanejeff's Manier (Berliner med. Wochenschr. 1891 Nr. 25), an die Femurkondylen angesetzt wird. In dieser Richtung zeigt sich Sabanejeff's Operation der Gritti'schen unzweifelhaft überlegen, und da sie erheblich mehr gesunde Weichteile als Gritti nicht voraussetzt, bleibt zu verwundern, daß Sabanejeff trotz wiederholt für ihn angegebener Modifikationen, so selten ausgeführt wird.

---

1) **Kionka** und **Krönig.** Mischnarkosen mit genauer Dosierung der Dampfkonzentration.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 1.)

Braun hat zuerst die Vorteile der Mischnarkose gekennzeichnet und einen Apparat zu ihrer Ausführung hergestellt. Demselben haftet jedoch der Nachteil der ungenauen Dosierung an. Die Firma Draeger

hat den beiden Verff. einen Apparat konstruiert, welcher nun die Möglichkeit exakter Dosierung der Mischnarkose garantiert und der in Anlehnung an die schon bekannten Roth-Draeger'schen Sauerstoff-Chloroformapparate hergestellt ist. Die Basis für das Gasgemenge liefert auch hier der Sauerstoff, welcher die unterwegs aufgenommenen abgemessenen Chloroform- und Ätherdämpfe mit sich reißt. Die Dosierung der Narkotika erfolgt im flüssigen Zustande, indem Tropfen gleicher Größe in bestimmter Zahl in der Zeiteinheit in dem Sauerstoffstrom zur Verdampfung gebracht werden. Das Gasgemenge gelangt erst in einen sogenannten Sparbeutel und von dort in den Raum unter der Maske. Der Apparat ist selbst abgebildet und so seine Konstruktion leicht verständlich gemacht. Der Betrieb ist sehr einfach, und eine genaue Kontrolle von seiten der Verff. ergab, daß der Apparat mit großer Exaktheit arbeitet, und daß seine Bedienung leicht zu bewerkstelligen ist. Die zunächst vorgenommenen Tierversuche zeigten, daß bei geringem Verbrauche der Narkotika die Betäubung einen gleichmäßigen Verlauf nahm, und daß geringere Schädigungen der Atmungs- und Herztätigkeit gegenüber reinen Äther- und Chloroformnarkosen auftraten. Auch bei den darauf folgenden Versuchen beim Menschen, und zwar ausschließlich bei Frauen, ergab sich die Brauchbarkeit des Apparates zur Mischnarkose. Der Apparat eignet sich nach Ansicht der Verff. selbst nur für die Krankenhaustätigkeit, da er für die Privatpraxis zu umfangreich ist. Allein die operative Beschäftigung erfordert im Hospital eine genauere Dosierung der Narkotika, da es sich meist um langdauernde Eingriffe handelt im Gegensatz zu den kurzen chirurgischen Maßnahmen, welche im Hause der Pat. vorgenommen zu werden pflegen, und bei denen man immerhin mit den üblichen Masken auskommen kann. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

2) **Rudolf Klapp.** Experimentelle Studien über Lumbalanästhesie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 1.)

Verf. konstatierte auf experimentellem Wege, daß Substanzen, in den Duralraum eingeführt, schneller resorbiert werden als nach subkutaner Injektion. So spielt also auch die rasche Resorption des Kokains bei Lumbalanästhesie eine gefährliche Rolle. Von den Mitteln, welche diese vermeiden lassen sollen, kommt eigentlich nur das Blutleere erzeugende Adrenalin in Betracht. Bier und Dönitz haben dieses Mittel zuerst zu diesem Zwecke angewendet. Allerdings ist die Herabsetzung der Resorption durch Beigabe von Adrenalin bei intraduraler Anwendung geringer als bei subkutaner Einverleibung. Das liegt daran, daß die Zerebrospinalflüssigkeit ungemein viele Abflußwege besitzt, so daß es unmöglich ist, mittels einiger Tropfen Adrenalin diese ganze Resorptionsfläche zu anämisieren. Bei dem Suchen nach weiteren resorptionshemmenden Mitteln zog K. die schleimigen Vehikel in Betracht, welche in der inneren Medizin verwendet werden, um

wirksame Stoffe länger am Orte festzuhalten. Er wandte Gelatinekokainlösungen an und konnte damit in der Tat eine allgemeine Anästhesie bei Hunden ohne Vergiftungserscheinungen erzeugen. Diese Methode der Anästhesie ist also in der Thiermedizin zu empfehlen, da die Tiere, zumal die Hunde, die Narkose sehr schlecht vertragen. Leider verliert die schlecht zu sterilisierende Gelatine an Wert dadurch, daß sie durch den Sterilisationsprozeß ihre Koagulationsfähigkeit einbüßt, so daß gerade die wichtigste, die Resorption herabsetzende Eigenschaft verloren geht. Deshalb ist sie beim Menschen vorläufig nicht anwendbar. Im übrigen glaubt Verf., daß die Nacherscheinungen nach Einführung von Kokain in den Duralsack zwar in der Hauptsache durch die nach Aufsaugung des Mittels stattfindende Wirkung auf die Zentren des Gehirns zu erklären seien, daß aber auch der direkt schädigende Einfluß des Kokains auf die Gehirn- und Rückenmarkssubstanz in Betracht kommt. Zum Schlusse bespricht K. noch den Wert öliger Lösungen von Kokain und deren resorptionshemmenden Einfluß. Das Gelingen dieser Versuche würde seines Erachtens die Frage der Rückenmarksanästhesie in ein neues Stadium rücken. Die in dieser Hinsicht bisher gemachten Versuche sind ebenfalls näher beschrieben. Es handelt sich dabei vor allem um die Benutzung einer Suspension von Glyzerin und Öl, ferner um die Verwendung des Cocain. oleinicum, phenylicum und um die reine Base Cocain. purum.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

3) **L. Hoffer v. Sulmthal.** Eine neue Methode von Serumbehandlung bei Erysipel.

(Fortschritte der Medizin 1904. Nr. 27.)

An der Hand von 16 Krankengeschichten empfiehlt H. eine Serumbehandlung bei Erysipel. Den an Erysipel erkrankt gewesenen Pat. wurde nach ihrer Genesung mittels Venaesektion Blut entnommen und hieraus das Serum, dem zur besseren Haltbarkeit 0,5%ige Karbolsäure zugesetzt war, dargestellt.

Bei frischem Serum, d. h. kurz nach der Genesung entnommenem, war die Wirkung sicherer als beispielsweise bei einem 5—6 Tage nach der Genesung gewonnenen. Die einmalig injizierte Menge betrug 2 ccm, in einzelnen Fällen auch 5 ccm; die Durchschnittsmenge für die ganze Behandlung 8 ccm; in einem Falle waren 19 ccm verabreicht worden.

Die Injektionsstellen waren stets reaktionslos, irgendwelche nachteilige Folgen traten nicht ein.

In fast allen Fällen ließ sich eine Abkürzung der Heilungsdauer, die im Durchschnitte 6 Tage betrug, konstatieren.

Alle — 16 — Pat. genasen. **Kronacher** (München).

---

4) **F. A. Suter.** Zur Serumbehandlung des Starrkrampfes, insbesondere über Tetanuserkrankungen trotz prophylaktischer Serumtherapie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 1.)

Verf. publiziert die seit 1900 in der Genfer Klinik behandelten Tetanusfälle, bei denen ebenso wie bei den früher von Scherz veröffentlichten und gleichfalls mit Tetanusserum behandelten Pat. die Heilresultate sehr schlechte waren; sind doch von 14 nur zwei Kranke gerettet worden, welche wahrscheinlich auch ohne die Serumtherapie genesen wären. Deshalb ist Verf. ebenso skeptisch gegenüber dem Werte des Tetanusserums wie Trendelenburg und Ullrich; auch kann er die intrazerebralen Injektionen keineswegs für so harmlose Maßnahmen hinstellen, wie man das früher getan hat.

Weiterhin bespricht S. die Präventivimpfung mit Tetanusserum zur Prophylaxe des Wundstarrkrampfes. Nocard hat für die Pferde den außerordentlichen Nutzen dieser prophylaktischen Behandlung erwiesen, und eine Reihe anderer Autoren bringen ebenfalls zuverlässige Beispiele für ihren Wert. Beim Menschen ist naturgemäß das Experiment verpönt, und so lassen sich sichere Beweise über die Wirksamkeit der Prophylaxe nur auf Umwegen erbringen. Immerhin ist es z. B. interessant, daß Bazy, der nach der Beobachtung von vier Tetanusfällen jeden Pat. mit einer »Straßenwunde« impfen ließ, erst dann wieder den ersten Fall von Wundstarrkrampf erlebte, als beim Assistentenwechsel vergessen worden war, den Neuangekommenen die Ausführung der prophylaktischen Impfungen zu empfehlen. Ebenso giebt es eine größere Zahl anderer Chirurgen, welche öfters Tetanus bei ihren Pat. sahen und ihn nicht mehr beobachteten, seit sie jede verdächtige Wunde mit Serum von vornherein injizierten. Juillard in Genf injiziert ebenfalls prinzipiell seit dem Jahre 1896 sämtliche Pat., die mit irgendwelchen offenen frischen Verletzungen auf seine Abteilung kommen, gleich beim Eintritt; und zwar werden 10 ccm Serum unter die Haut von Brust oder Bauch gespritzt. Bei den 700 auf diese Weise behandelten Leuten wurden nie unangenehme Erscheinungen infolge der Anwendung des Mittels beobachtet. Mit Ausnahme eines Falles erlebte man bei den mit prophylaktischer Impfung Versehenen keinen Tetanus, dagegen trat derselbe zweimal in tödlicher Form auf bei Verletzten, bei denen man unglücklicherweise die Einspritzung vergessen hatte. Bei dem einen Kranken, welcher trotz der präventiven Impfung an Wundstarrkrampf erkrankte, trat er in einer sehr milden, abortiven Form auf, und Verf. glaubt, daß die Abschwächung der Behandlung mit Serum zuzuschreiben wäre. Ganz analoge Beobachtungen sind von einer Reihe anderer Kliniker gemacht worden. Im ganzen kann Verf. zwölf Fälle zusammenstellen, bei denen zehn Mal ein Abortivtetanus und zweimal ein tödlicher Wundstarrkrampf nach der prophylaktischen Impfung auftrat. Die klinischen Erfahrungen wie die theoretischen Erwägungen weisen darauf hin, daß

man bei Tetanusgefahr vor dem Zeitpunkte der Infektion, d. h. vor der Operation oder Geburt injizieren muß. Bei akzidentellen Wunden muß das Serum möglichst bald nach stattgefundener Verletzung, am besten schon außerhalb des Spitals, von dem zuerst behandelnden Arzt einverleibt werden. Nur bei per primam heilenden Wunden darf man sich mit einer Injektion begnügen; bei eitrigen Wunden soll dieselbe wiederholt werden, da bei größerer Quantität der in der Wunde neu gebildeten Toxine die Antitoxine des Serums schon nach einigen Tagen neutralisiert werden. Deshalb sollen bei stark eiternden Wunden die Injektionen anfangs zweimal wöchentlich, später wöchentlich und schließlich noch alle zwei Wochen wiederholt werden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

5) **Gallois, Flourens, Walter.** De la glycérine, et en particulier de la glycérine boriquée dans le pansement des plaies et des pyodermies.

(Revue française de méd. et de chir. 1904. Nr. 50.)

Die Verff. haben bei eitrigen Hauterkrankungen verschiedenster Art, bei Furunkeln, Anthrax, oberflächlichen Panaritien, multipeln Hautabszessen der Kinder, akuten Ekzemen, Impetigo, Brandwunden usw. Verbände mit Glyzerin bezw. 10%igem Borglyzerin verwendet, und hiermit bessere Erfolge erzielt als mit den gebräuchlichen antiseptischen Verbänden. Die zunächst mit einer sterilen oder antiseptischen Flüssigkeit (event. 10%iger Borsäurelösung) angefeuchtete hydrophile Watte wird kräftig ausgedrückt, mit säurefreiem Glyzerin durchtränkt, auf die erkrankte Stelle aufgelegt und mit nicht entfetteter Watte bedeckt. Die einzige Unbequemlichkeit ist ein Brennen, welches jedoch nur einige Minuten anhält und gewöhnlich nur beim ersten Verbande eintritt. Bei stärkerer Eiterung täglicher Verbandwechsel. Die wasserentziehenden Eigenschaften des Glyzerins sind insofern nützlich, als der wäßrige Teil des Eiters absorbiert wird, in den Verband diffundiert und verdunstet. Hierdurch ist die Hauptbedingung eines guten Verbandes bei eiternden Wunden erfüllt, den Flüssigkeitsstrom aus dem Inneren der Wunde nach der Oberfläche zu leiten.

Mohr (Bielefeld).

---

6) **L. Cahier.** Sur les myostéomes traumatique particulièrement sur leur pathogénie et leur traitement opératoire.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 3—6.)

Zunächst bringt C. nach Darstellung seiner eigenen sehr instruktiven Beobachtung in langer Folge die Zusammenstellung von 64 traumatischen Myosteomen des Oberarmes, 77 des Oberschenkels und 6 verschiedener Muskeln, von denen einzelne als nicht sicher auf Traumen zurückzuführende gesondert aufgeführt werden.

Der Begriff Myosteom umfaßt nur jene in Muskelgewebe eingeschlossene Knochengebilde, die sich im Anschluß an teils einmalige,

teils wiederholte Quetschung, Zerrung, Fremdkörperreizung wohl zumeist auf dem Boden grob anatomischer Schädigung, Zerreißung von Muskelgewebe, Blutung usw. entwickeln, von vornherein in bestimmter Größe angelegt auch späterhin von gleichem Volumen bleiben und somit keine Neubildungen darstellen. Sie haben meist keine Verbindung mit dem Knochen, können jedoch mit demselben durch dünne oder feste Knochenbrücken verwachsen sein, mitunter bilateral auftreten. Als bevorzugte Stellen sind Brachalis int. und Adduktoren zu bezeichnen. Im Muskelgewebe sind sie entweder ohne deutliche Abgrenzung eingelagert, festgewachsen, oder von einer Art Kapsel umgeben, besonders die mit dem Knochen nicht in Verbindung stehenden.

Für die Entstehung der Myosteome, die oft nach einem Monat bereits nachzuweisen sind, gibt es vier Hypothesen, von denen C. drei verwirft, nämlich die, wonach Blutgerinnsel sich in Knochengewebe umformen sollten (Seydeler), die, wonach Ossa sesam. aberrantia als Anlage vorhanden wären, endlich die Entstehungsweise der Myosteome aus abgerissenen bezw. transplantierten Periostteilchen. Könne man für die Erklärung der verwachsenen Myosteome ihr nicht allen Wert absprechen, zumal sie experimentell gestützt sei, so reiche sie nicht aus, um die Knochenbildung um Fremdkörper, bei Eiterungen usw. verständlich zu machen. Vielmehr müsse man die Ursache in einer Myositis ossificans suchen, wofür auch der mikroskopische Beweis erbracht sei.

Bezüglich der Behandlung könne mitunter vorsichtige Massage die entzündliche Infiltration zum Schwinden bringen; doch ist sie besonders bei Traumen in der Ellbeuge scheinbar nachteilig gewesen. Viele Osteome stören gar nicht; man läßt sie dann ruhig sitzen. Wo sie jedoch Beschwerden machen oder bewegungshemmend wirken, sind sie operativ zu entfernen — Carga Mann (Helferich) —, aber mit der nötigen Rücksicht auf Muskelsubstanz und Funktion. Die Rezidive wird man auch bei nicht zu großem Opfer an Muskel vermeiden können durch sorgsame Ausschälung aller kleinsten Fortsätze, peinliche Asepsis, exakteste Blutstillung und vor allem durch Operation im geeigneten Moment, d. h. wenn die Myosteome »reif« sind. Dies ist der Fall, wenn ihr Schatten im Röntgenbild gleichmäßig und gut begrenzt erscheint; die Kapsel wäre mitzuentfernen, von stärkerem Abkratzen des Knochens bei angewachsenen Myosteomen abzusehen.

Christel (Metz).

---

7) **Ch. Dujarier.** Du traitement des fractures récentes fermées par l'agrafage metallique.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 8.)

Bericht über vier frische durch perkutene Fixierung mit Metallklammern behandelte Frakturen — zwei der Tibia, eine Femur-, eine Radiusfraktur — nebst Abbildungen besonders des Instrumentariums und der Frakturen. Nach seinen Erfahrungen giebt D. eine Reihe technischer Vorschriften und Indikationsstellungen, die etwa folgender-

maßen zusammengefaßt werden können. Vor allem sind große Schnitte nötig; die Bruchenden werden ergiebig herausgehebelt und mit dem Tuffier'schen gebogenen Fußapparat zum Bohren der Löcher festgehalten, dann exakt reponiert. Das Hauptstück ist die genaue Distanzierung der Bohrlöcher: sind sie zu nahe, entstehen Sprünge und Abbiegungen beim Eintreiben der Klemmen; letzteres auch, wenn sie zu weit auseinander liegen. Zum Eintreiben der Klemmen; deren neues Modell verstärkte Winkel besitzt, haben Verf. sich mit Vorteil eines Instrumentes bedient, das die Verletzung der Weichteile verhindert.

Wenn die Asepsis eine absolute ist, werden tief angelegte, von Muskelmassen bedeckte Klemmen allem Anschein nach gut ertragen, wogegen oberflächlich gelegte (Schienbein z. B.) zu Reizungen zu führen scheinen.

Die Klemmennaht frischer Brüche soll im allgemeinen erst dann ausgeführt werden, wenn die Röntgenaufnahme im fixierenden Verband ungenügende Retention ergibt, sowie bei Leuten, wo es auf die Herstellung vorzüglicher Koaptation ankommt — vor allem im jugendlichen Alter. Kommminutivbrüche, auch wenn nur ein größerer Splitter sich zwischen die Bruchenden einschiebt, eignen sich nicht für das Verfahren. Die Kallusbildung ist reichlich und tritt frühzeitig ein.

Christel (Metz).

---

8) **O. Föderl.** Zur Metaplasie des Peritonealepithels in Hydrokelensäcken.

(Arbeiten aus dem Gebiete der klinischen Chirurgie. Dem Andenken Gussenbauer's gewidmet. p. 208—216.)

In Fortsetzung seiner in der Zeitschrift f. Heilkunde 1900 Hft. 9 niedergelegten Untersuchungen fand F. in Hydrokelensäcken eine Proliferation der auskleidenden epithelialen Zellen mit Übergängen zu höheren kubischen und niedrig-zylindrischen Formen. F. ist der Ansicht, daß das starke flache Peritonealepithel proliferieren und mehrschichtigen polygonalen kubischen und zylindrischen Zellenbelag liefern kann, und daß bei Proliferationsprozessen durch solche Metaplasie die mit Zylinderepithel ausgekleideten Cystchen der Hydrokelensäcke entstehen können.

E. Moser (Zittau).

---

9) **Martin** (Greifswald). Zu den Myomfragen.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XX. p. 1130.)

Solange es ausführbar ist, sollen die Myome nur enukleiert werden. In der Regel behalten die Frauen dann ihre Konzeptionsfähigkeit, und die sogenannten Ausfallserscheinungen treten nicht auf. Rezidive treten nach Enukleationen verhältnismäßig selten auf.

Die primären Resultate sind nach Ansicht des Verf. schon jetzt befriedigend und werden, je weiter unsere Technik sich vervollkommnet, um so besser werden.

Einzelheiten müssen in der Arbeit nachgelesen werden.

Neck (Chemnitz).



10) **Beyea.** Retrodisplacement of the uterus.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1904. November.)

B. berichtet über 465 mit Ventrosuspension behandelte Fälle von Rückwärtsverlagerung der Gebärmutter. Die von anderen Autoren beobachteten Nachteile der Ventrofixation beruhen auf falscher Technik; es ist nicht die Aufgabe, den Uterus fest an der Bauchwand zu fixieren, sondern ihn derart anzuheften, daß im Laufe der Zeit infolge der Beweglichkeit des Organes, seines Zuges an der Bauchwand bei Ausdehnung der Blase usw. ein Band sich neu bildet, welches die Gebärmutter so lange in Anteflexion hält, bis die sekundären pathologischen Veränderungen infolge der Rückwärtsknickung sich ausgeglichen haben und der normale Halteapparat sich wieder hergestellt hat. B. sucht das durch folgende Technik zu erreichen: Nachdem die Bauchhöhle eröffnet und die Gebärmutter hervorgeholt worden ist, werden zwei Seidenligaturen gelegt, welche den Fundus uteri etwas nach hinten von der Intertuballinie auf etwa $^1/_4$—$1^1/_2$ cm Tiefe und $1^1/_2$ cm Breite durchsetzen, andererseits parietales Peritoneum und beiderseits von der Inzision den Rand des Rectus fassen. Die Nähte werden so geknüpft, daß der Uterus der Bauchwand dicht anliegt. Nach einigen Wochen hat sich dann an Stelle der Fäden eine bandförmige Falte ausgezogen, welche einerseits aus parietalem Bauchfell und einigen Muskelfasern der Bauchwand, andererseits aus dem peritonealem Überzuge des Uterus und einzelnen Muskelfasern desselben besteht und eine Länge von 2—8 cm hat. B. bildet einen derartigen tatsächlich erhobenen Befund ab. Von einem so zusammengesetzten Strange kann man erwarten, daß er während der Schwangerschaft eine relative Hyperplasie und Hypertrophie eingeht, die Uterusausdehnung nicht hemmt und im Puerperium sich zurückbildet. Von 272 Operierten, von denen spätere Berichte vorliegen, fühlten sich 85% völlig geheilt, 10% sehr gebessert. Jedoch tritt die Besserung in 90% nicht sogleich nach der Operation, sondern erst innerhalb eines Jahres, event. erst nach 2 Jahren ein. Von 153 verheirateten Frauen konzipierten 41, und nur 9 von diesen abortierten; bei den übrigen verlief Schwangerschaft und Geburt ohne Komplikationen, welche auf die Ventrosuspension zu beziehen gewesen wären.

Mohr (Bielefeld).

---

11) **Clinton.** The treatment of infected wounds of the extremities.

(Buffalo med. journ. 1904. Dezember.)

C. ging bei der Behandlung infizierter Wunden der Gliedmaßen von der Tatsache aus, daß eine Temperaturerhöhung die pyogenen Bakterien abschwächt und zerstört. Er stellte durch eine Reihe von Experimenten im Heißluftapparat fest, wie hoch die im Apparat ohne Schädigung der Körpergewebe zu erzielende Temperatursteigerung innerhalb der Gewebe ist; bei der größten von der Hautoberfläche gut vertragenen Hitze betrug die Temperatur innerhalb der Gewebe

39—41° C; diese Temperatur wurde nach 15 Minuten erzielt und hielt noch ebenso lange nach Entfernung des Heißluftapparates an.

Die Erfolge, welche von C. bei der Behandlung infizierter Wunden im Heißluftkasten erzielt wurden, entsprachen der theoretischen Begründung des Verfahrens. Bei septischen Erkrankungen muß jedoch die Dauer der Heißluftbehandlung bedeutend länger als bei rheumatischen und traumatischen Leiden sein, nämlich täglich 12—20 Stunden. Antiseptica wurden nicht gleichzeitig angewendet. Das Verfahren bewährte sich dem Verf. besonders bei schweren eiternden Hand- und Fußverletzungen, bei Gelenkeiterungen und bei sekundär infizierter Knochentuberkulose.

Mohr (Bielefeld).

---

12) **P. Bockenheimer.** Totalexstirpation der Scapula, Knochenregeneration und spätere Funktion (unter besonderer Berücksichtigung der Osteomyelitis scapulae).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 1.)

B. weist nach, daß schon Heine am Hunde gezeigt hat, daß nach subperiostaler Resektion des Schulterblattes eine Regeneration eintritt. Die Operation ist auch beim Menschen schon seit langer Zeit ausgeführt worden und gibt eine gute Gebrauchsfähigkeit des Armes, sofern sie nach v. Langenbeck's Vorschrift derart ausgeführt wird, daß alle in der Nähe des Gelenkes sich festsetzenden Muskeln und Sehnen in Verbindung mit dem Periost bleiben. Es ist ohne weiteres klar, daß diese Bedingung bei bösartigen Geschwülsten des Schulterblattes nicht erfüllbar ist, zumal Pat. mit diesen Geschwülsten meist in vorgeschrittenem Stadium erst chirurgische Hilfe aufsuchen. Um eine Hebungsmöglichkeit des Armes in solchen Fällen noch zu erzielen, kämen plastische Operationen in Betracht, z. B. Überpflanzung eines Teiles des M. cucullaris auf den M. deltoideus. Günstiger liegen die Fälle, in denen wegen Osteomyelitis, Tuberkulose, Nekrose nach Typhus, Knochenbrüchen usw. Eingriffe am Schulterblatt vorgenommen werden müssen. In diesen Fällen soll man bei ausgedehnter Erkrankung das Schulterblatt total entfernen, da auf diese Art ein besseres funktionelles Resultat erzielt wird, als bei partieller Entfernung des Knochens. Die Osteomyelitis des Schulterblattes ist meist eine traumatische und beginnt gewöhnlich in der Spina scapulae; ein Abszeß befindet sich meist zwischen Schulterblatt und M. subscapularis. Ein Durchbruch desselben nach der Achselhöhle findet in der Regel erst statt, wenn er durch die Pars tenuis auf die Rückfläche des Knochens hindurchgelangt ist. Die Ausbreitung des Prozesses ist eine rasche infolge des durch die vielen Muskelansätze auf den Knochen ausgeübten Druckes. Es ist demnach von der größten Bedeutung, frühzeitig eine Diagnose zu stellen und radikal zu operieren, um die drohende Allgemeininfektion zu verhindern. Ist die letztere eingetreten, so ist die Totalentfernung des Schulterblattes eine indicatio vitalis. Auf die Mitentfernung der Cavitas glenoidalis legt B. besonderes Gewicht, da ihre

Erhaltung zu Rezidiven Veranlassung gibt, und andererseits eine völlige Neubildung der Gelenkfläche eintritt, wenn man sie entfernt. Auch bei chronischer Osteomyelitis ist die Totalexstirpation des Schulterblattes die zweckmäßigste Operation.

Der Eingriff wird in der Weise ausgeführt, daß man einen Schnitt entlang der Spina scapulae, einen zweiten am medialen Schulterblattrande vom Angulus medialis bis zum Angulus inferior anlegt. Von diesen Schnitten aus kann man die Fossa supra- und infraspinata subperiostal freilegen. Am schwierigsten ist die Freilegung der Gelenkfläche. B. durchsägt das Akromion an seinem Übergang in die Spina scapulae und durchtrennt den Proc. coracoideus an seiner Basis. Auf diese Art schont man am besten den N. suprascapularis und axillaris. Die durch Bandmassen und Muskelansätze fixierten Teile des Akromion und des Rabenschnabelfortsatzes lassen sich nach der Durchmeißelung leichter entfernen, als wenn sie mit dem Schulterblatt in Verbindung bleiben. Wichtig ist eine gute Nachbehandlung nach dem Eingriff. Vor allem muß man zeitig mit passiven Bewegungen des Armes beginnen. Außerdem wird der Arm über dem Middeldorpf'schen Triangel in Abduktion und Außenrotation gestellt. Jedenfalls ist durch eine zweckmäßige Nachbehandlung ein vorzügliches Resultat zu erzielen. Die Knochenregeneration kann man sehr bald im Röntgenbild verfolgen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

13) **Poulsen.** Über die Madelung'sche Deformität der Hand.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

Die sogenannte Madelung'sche Deformität wird durch eine Volarverschiebung der Hand in Verbindung mit einem starken Vorspringen des Capitulum ulnae an der Dorsalseite charakterisiert. Man findet an der Grenze zwischen Vorderarm und Hand eine deutliche Einsenkung, welche besonders deutlich von der Ulnarseite aus hervortritt wegen des starken Hervorspringens des Capitulum ulnae, dessen karpale Gelenkfläche ab und zu getastet werden kann, während der Übergang, von der Radialseite gesehen, ebener ist. Bei oberflächlicher Betrachtung kann man glauben, es handle sich um eine Verrenkung der Hand nach vorn, allein die Ossa carpi stehen mit dem Radius, das Lunatum mit dem Triquetrum in Verbindung. Verf. hatte Gelegenheit, die immerhin seltene Erkrankung zweimal zu beobachten und beschreibt die Fälle genauer. Aus seinen eigenen Beobachtungen wie dem Literaturstudium ergibt sich, daß in der Ätiologie weder eine Krankheit, wie Rachitis, noch ein Trauma Veranlassung zu der Deformität gibt, die meist bei Mädchen auftritt. Madelung's Theorie von der Entstehung des Leidens stimmt mit der früher allgemein anerkannten von den Ursachen des Genu valgum überein. Er glaubt, daß bei Individuen mit schwachen Knochen und Bändern bei der Beugung der Hand nach der Volarseite Wachstumsstörungen eintreten. Der volare Rand des Gelenkes des Radius und die Hand-

wurzelknochen sind einem abnorm starken Druck ausgesetzt. Der betreffende Abschnitt wird atrophisch, während an dem dorsalen Rande des Radius, wo der Druck geringer ist, stärkeres Wachstum stattfindet. Indessen beweisen die Fälle des Verf., besonders die Röntgenbilder, daß keine Hypertrophie des dorsalen Randes vorhanden ist, und daß die Krümmung nicht nur die Epiphyse, sondern auch die Diaphyse wahrscheinlich in ihrer ganzen Ausdehnung befällt, endlich daß keine Subluxationsstellung vorhanden ist, jedenfalls nicht der Handwurzelknochen, welche direkt mit dem Radius verbunden sind. Pat. schließt sich der Ansicht Duplay's an, daß die Deformität in erster Reihe der durch Schwächung des knöchernen Gewebes hervorgerufenen Krümmung, und zwar besonders des Radius zuzuschreiben ist. Diese den ganzen Knochen betreffende Krümmung ist als Folge einer Wirkung der Muskeln, besonders der Flexoren, anzusehen. Was den krankhaften Knochenprozeß hervorruft, muß dahingestellt bleiben. Die Heilung ist nur durch eine Osteotomie des Radius zu erzielen, welche P. bei seinen beiden Pat., besonders in dem einen Falle, mit gutem Erfolg angewendet hat. Die Richtung der Knochendurchmeißelung war eine schräge von der Volar- nach der Doralseite, von unten nach oben. Der unterste Teil der Osteotomie lag einen Zentimeter über über dem Handgelenk. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

14) **Young.** The etiologie of congenital absence of the tibia.
(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1904. November.)

Verf. berichtet über fünf eigene Beobachtungen von angeborenem Defekt an der Tibia (zwei Abbildungen) und geht dann genauer auf die Ätiologie des Leidens ein. Erbliche Einflüsse spielen so gut wie gar keine Rolle. Gegen eine intra-uterine Erkrankung der Nerven oder Muskeln, sowie gegen eine primäre Entwicklungshemmung der Knochenwachstumszentren sprechen gewichtige Gründe. Dagegen ist es sehr wahrscheinlich, daß die Ursache in amniotischen Verwachsungen liegt, in einer Amniotitis, welche sekundär zu einer Zerstörung und Aufsaugung des mit dem Amnion verwachsenen Körperteiles führt. Die Ursache dieser Amniotitis ist gewöhnlich ein Trauma, und zwar meist ein leichtes in den ersten Schwangerschaftsmonaten, am häufigsten im 3. Monat. In sämtlichen Fällen des Verf. ließen sich derartige traumatische Einflüsse: starker Korsettdruck, Stoß gegen den Unterleib und ähnliches nachweisen. Daß durch derartige Traumen die Tibia häufiger als andere Körperteile leidet, hat zwei Gründe: erstens ist die Haltung des Fötus im Uterus gewöhnlich so, daß bei Druck auf den Bauch die unteren Extremitäten nach der Gegend des Kreuzbeines zu gepreßt werden, und die Stelle des Amnions, welche über dem Schienbeine liegt, in erster Linie geschädigt wird; sodann sind die Verknöcherungszentren in den Schienbeinen bereits sehr früh, gegen die 7. Woche, in Entstehung begriffen. Der kongenitale Defekt oder das Fehlen der Tibia käme also gewöhnlich so zustande, daß ein plötzlicher heftiger Druck auf den Uterus zu einer entzündlichen

Amnionerkrankung mit Hydramnion, Verwachsungen und Entwicklungsstörungen an den verwachsenen Teilen des Fötus führte. Die Krankengeschichten von 48 Literaturfällen werden im Auszug mitgeteilt.

Mohr (Bielefeld).

---

15) **M. Marchais.** Le traitement des varices par la marche.
(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 136.)

M. tritt lebhaft für die Behandlung der Varicen mit Massage und energischer Bewegung ein.

Die Beschwerden der Kranken werden gehoben, sowie die Entleerung der Venen wieder glatt von statten geht. In dieser Hinsicht besonders wichtig sind die Kontraktionen der Beinmuskeln. Da aber die Muskulatur, namentlich durch Benutzung von Binden und Gummistrümpfen, meist einem hohen Grade von Schlaffheit anheimgefallen ist, muß sie zunächst — durch Massage — wieder gekräftigt werden. Letztere ist jedoch nur als »mise en marche« zu betrachten, die Hauptaufgabe fällt der Bewegung zu. Die Pat. sollen täglich im ganzen mindestens $2^1/_2$ Stunden gehen, d. h. kräftig ausschreiten (110—120 Schritte in der Minute). Jede Übermüdung ist zu vermeiden, in den Ruhepausen darf Pat. nicht stehen, sondern soll womöglich liegen.

Ausgeschlossen von dieser Art der Behandlung sind natürlich alle Fälle, wo Entzündungen oder Phlebolithen vorhanden sind.

V. E. Mertens (Breslau).

---

16) **Hevesi.** Radikale Heilung des rachitischen und statischen Plattfußes mittels Sehnenplastik.
(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 45.)

Da nach des Verf.s Ansicht die bisher angegebenen Methoden nur einzelnen Symptomen des Plattfußes Rechnung trugen, so ging er in der Weise vor, daß in einer bis mehreren Sitzungen erst der Plattfuß in Narkose gründlich mobilisiert wurde. Erst wenn dies gelungen und die durch die Mobilisation bedingten Reizerscheinungen geschwunden waren, wurde zur Sehnenplastik geschritten (also etwa nach 2—6 Wochen). Hierbei wurde erst ein Zipfel von der Achillessehne abgetrennt und auch die durch Raffnaht verkürzte Sehne des Tibialis posticus überpflanzt. Der übrige Teil der Achillessehne wurde plastisch verlängert. Dann wurde auf der inneren Seite des Fußes ein Längsschnitt von der Ferse bis zum Mittelfuß geführt und die von ihrem Ansatze gelöste Sehne des Tibialis anticus durch einen durch das Os naviculare von oben innen nach unten außen mit der Fraise gebohrten Kanal gezogen und um die mediale Seite des Knochens geführt und hier befestigt, der M. tibialis anticus wurde in seiner Wirkung dadurch gekräftigt, daß der zentrale Stumpf der aus einem kleinen Längsschnitt am Unterschenkel herausgeholten Sehne des Extensor hallucis auf ihn überpflanzt wurde, während der periphere Stumpf mit dem Extensor communis vereinigt wurde. Zur Erhaltung des Resultates wurden

Gipsschienen bis zum Knie angelegt. Nach Abnahme des Verbandes mußte Pat. für längere Zeit Plattfußschuhe tragen. Die nach dieser Methode operierten ersten fünf Fälle gaben, trotzdem es sich um recht schwere Formen handelte, ein sehr gutes Resultat. In seinen späteren Fällen kam zu diesen Plastiken noch die Überpflanzung des Peroneus brevis auf das Kahnbein, und zwar an dieselbe Stelle, an welcher der Tibialis anticus überpflanzt ist. Diese Modifikation wurde in mehreren Fällen mit dem besten Erfolg ausgeführt. **Borchard** (Posen).

Kleinere Mitteilungen.

Einfache Stellvorrichtung für aktive Bewegungsapparate.

Von

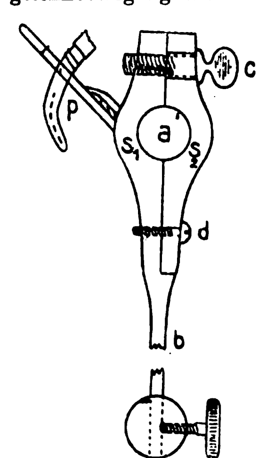
Dr. **Arthur Wodarz,**

Primärarzt der chirurgischen Abteilung am städtischen Krankenhause zu Ratibor.

Die üblichen Stellvorrichtungen an den aktiven Bewegungsapparaten haben, falls sie sicher und fest schließen, den großen Nachteil, kompliziert zu sein.

Ich habe beim Bau solcher Apparate mit bestem Erfolge die Einrichtung der Schelle, welche im Fahrradbau und auch wohl sonstwo verschiedentlich im Gebrauch ist, verwertet.

Die nebenstehende schematische Zeichnung eines Apparates für aktive Handgelenkbewegung wird am schnellsten die Einrichtung verständlich machen.



Die Platte (p), auf welcher die Hand festgeschnallt wird, ist mit der runden Achse (a) fest verbunden. Die Schelle umschließt die Achse. Sie besteht aus zwei Teilen (s_1 und s_2). An den Berührungsflächen von s_1 und s_2 ist ein schmaler Keil ausgesperrt. Der Teil s_1 ist mit dem Pendel (b) fest verbunden. Der Teil s_2 wird durch zwei Schrauben (c und d) an den Teil s_1 herangezogen. Die Schraube d legt die beiden Teile der Schelle nur nebeneinander. Die Schraube c (eine Flügelschraube) wird, event. mit dem Feilkloben, möglichst fest angezogen.

Vorausgesetzt, daß die Achse in der Gegend der Schelle einen Durchmesser von mindestens $1^1/_2$ cm hat, sitzt der Pendel selbst bei stärkster Belastung fest.

Die Verstellung der Hand- bezw. Unterarmplatte ist demnach eine äußerst einfache. Es ist lediglich nötig, die Flügelschraube zu lockern, die Platte in die gewünschte Lage zu bringen, und dieselbe Schraube wieder anzuziehen. Aber auch der Mechanismus der Vorrichtung ist ein äußerst einfacher.

Anfangs nur für aktive Hand- und Unterarmbewegungsapparate gedacht, könnte sich die Schelle infolge ihrer Vorzüge (Einfachheit und Sicherheit) auch bei vielen anderen orthopädischen Pendelapparaten Eingang verschaffen. Bei allzu starker Belastung könnte dann die Achse in der Gegend der Schelle, und dementsprechend auch die Schelle selbst mit längs verlaufenden Zähnen versehen oder facettiert werden.

---

17) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

144. Sitzung am 9. Januar 1905.

Vorsitzender: Herr Schjerning.

1) Herr Pels-Leusden demonstriert einen Pat., der an symmetrischen Lipomen leidet.

2) Herr Schjerning erörtert an der Hand der aus dem russisch-japanischen und unserem südwestafrikanischen Kriege vorliegenden Erfahrungen, daß die dort beobachteten Geschoßwirkungen ganz denen entsprechen, welche bei den Schießversuchen mit den kleinkalibrigen Mantelgeschossen im Frieden festgestellt worden sind. Nahschüsse zeigen deutlich die hydrodynamische Wirkung; auf weitere Entfernungen sind die Wunden gutartiger, bei sehr weiten Entfernungen bewirken die matten Geschosse wieder unregelmäßigere Wundkanäle. Auf drei Verwundete kommt etwa ein Toter; auch in Südwestafrika ist die große Anzahl der Toten auffallend. Artilleriegeschosse bewirken schwerere Verletzungen, die stets als infizierte Wunden anzusehen sind.

3) Herr Grüder: Vorstellung dreier im südwestafrikanischen Kriege Verletzter.

a) Eine Schußverletzung des N. ischiadicus am rechten Oberschenkel ohne Läsion des N. peroneus, also an einer Stelle, wo letzterer den N. ischiadicus bereits verlassen hat, mit entsprechenden Lähmungserscheinungen.

b. Eine Verletzung des N. ulnaris am Oberarme durch einen Längsschuß; das Geschoß traf den Mann, der sich im Anschlage befand; infolge der erst spät möglichen rationellen Behandlung hat sich eine Kontraktur entwickelt, welche mit mediko-mechanischen Maßnahmen bisher erfolglos behandelt wurde.

c. Ein linksseitiger Schädelschuß, der nach einer länger anhaltenden Bewußtlosigkeit eigentümliche Seh- und aphasische Störungen zurückließ, welche sich allmählich gebessert haben.

Diskussion: Herr v. Bergmann spricht für die Nervennaht des N. ulnaris.

Herr Köhler demonstriert unter Anwendung des Kraniometers, daß in Fall c nach Lage des Ein- und Ausschusses das Geschoß ungefähr längs der linken Sylvischen Furche die Schädelhöhle passiert habe.

4) Herr Kob: Beiträge zur Killian'schen Bronchoskopie.

Die untere Bronchoskopie schließt eine wesentliche Lücke in unserer Therapie bei Fremdkörperaspirationen. Ihre Anwendung muß für alle Fälle das Normalverfahren werden, wenn die schwierigere Technik der oberen Bronchoskopie nicht ausführbar ist. K. stellt zwei Kinder aus der Kinderklinik der Charité vor, welche durch die obere Bronchoskopie geheilt sind: einem 3jährigen Knaben wurde $3^1/_2$ Monate nach erfolglos gebliebener Tracheotomie eine Federpose aus dem Bronchus des rechten Unterlappens extrahiert; ein 5jähriges Mädchen wurde am 4. Tage nach der Aspiration von einem Knochenstückchen befreit, das am Ende des rechten Hauptbronchus saß. Zum Beweise, daß auch die obere Bronchoskopie bei schonendem Vorgehen ein verhältnismäßig harmloser Eingriff ist, wird ein 20jähriger Pat. vorgestellt, der trotz putrider Bronchorrhöe und starken Rachenkatarrhs zweimal in Kokainanästhesie ohne nennenswerte Beschwerden aus rein diagnostischen Gründen bronchoskopiert wurde.

5) Herr Schjerning betont die Wichtigkeit der Kenntnis der »Fußgeschwulst« für Militärärzte, da 15000—16000 derartige Erkrankungen alljährlich im Heere festgestellt werden. Es handelt sich dabei um Brüche der Fußwurzelknochen oder um Verletzungen des Periostes dieser Knochen. In den letzteren Fällen zeigt sich eine spindelförmige Callusbildung erst nach längerer Zeit im Röntgenbilde, während man zunächst nichts — auch keine Fraktur — feststellen kann; in den ersteren Fällen ist die Fraktur sogleich im Röntgenbilde zu erkennen. Die früher als Syndesmitis metatarsea bezeichneten Fälle von Fußgeschwulst werden, je mehr man das Röntgenbild zur Kontrolle heranzieht, immer seltener. Bezüglich der Entstehung der Erkrankung schließt S. sich der von Blecher gegebenen Erklärung an. Nach Art und Zeit der Entstehung spielt, wie auch Demuth nach-

gewiesen hat, der mit Unrecht beschuldigte Parademarsch nur eine untergeordnete Rolle.

6) Herr **Momburg**: Über Stauungshyperämie bei der Behandlung der Fußgeschwulst.

Das in der Deutschen militärärztlichen Zeitschrift 1904 Nr. 1 geschilderte, von M. ausgebildete Verfahren der Behandlung der Fußgeschwulst mit Stauungshyperämie hat sich weiterhin auf das beste bewährt. In den ersten 38 Fällen (16 Brüchen der Mittelfußknochen und 22 einfachen Knochenhautentzündungen) betrug bei Anwendung von Stauungshyperämie die durchschnittliche Behandlungsdauer 14,8 Tage (für Brüche 15,9, für einfache Knochenhautentzündungen 14 Tage).

In weiteren 113 Fällen (51 Knochenbrüchen und 62 Knochenhautentzündungen) betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer 14,6 Tage (für Brüche 15,5, für einfache Knochenhautentzündungen 13,9 Tage. Letztere Zahlen entsprechen also völlig den zuerst gefundenen. Die frühere Behandlungsdauer der in Lazarettbehandlung gelangten Fußgeschwülste betrug ca. 27 Tage.

Rezidive, welche ehemals sehr häufig waren, wurden höchst selten beobachtet. Die bei der Entlassung aufgenommenen Röntgenbilder zeigten durchweg an den erkrankten Mittelfußknochen starke Knochenneubildung, deren schnelle Entwicklung der Stauungshyperämie zu danken ist. Durch diese Behandlung wird die große Zahl von 200000 Behandlungstagen, welche die Fußgeschwulst jährlich in der Armee (ohne das bayrische Kontingent) erforderte, wesentlich verringert werden.

7) Herr **Georg Schmidt**: Dauerergebnisse der mechanischen und operativen Behandlung der Harnröhrenverengerungen.

S. gibt eine Übersicht über die in der v. Mikulicz'schen Klinik in den Jahren 1890 bis Juli 1904 behandelten Harnröhrenzerreißungen und -Verengerungen hinsichtlich der Dauererfolge. Die Harnröhrenverletzungen wurden, falls exspektatives Verhalten und Katheterismus nicht ausreichten, operativ behandelt durch Freilegung der Harnröhre vom Damm aus und Einlegen eines Dauerkatheters in das zentrale Ende; die Harnröhrennaht wurde in günstigen Fällen sofort, sonst nach Ablauf der Reaktionserscheinungen angeschlossen. Von den zehn so behandelten Fällen wurde bei sechs das endgültige Resultat bekannt; drei waren dauernd geheilt, drei hatten eine Verengerung. Harnröhrenverengerungen wurden der Dilatation durch Bougierung unterzogen, falls nicht Urininfiltration, septische Zustände einen sofortigen Eingriff geboten. Bei Undurchgängigkeit und Urinretention diente die Blasenpunktion als vorübergehendes Auskunftsmittel. Gelang die Bougierung auf keine Weise, so wurde die Spaltung der Striktur vom Damme her, wenn möglich mit Resektion und Harnröhrennaht bevorzugt. Das gleiche geschah, wenn die Arbeitsfähigkeit möglichst bald wieder hergestellt werden sollte, wenn zahlreiche Fisteln und falsche Wege vorhanden waren, wenn die Dehnung schwierig oder sehr schmerzhaft war, wenn häufige Rückfälle eintraten. Der innere Harnröhrenschnitt wurde nur ausgeführt, wenn die Radikaloperation vom Damme her abgelehnt wurde und die Striktur der Dilatation starken Widerstand leistete (9mal).

Von 131 Fällen waren 33 traumatischen (= 25%), 88 gonorrhoischen (= 67%), 10 (= 8%) zweifelhaften, meist tuberkulösen oder kongenitalen Ursprunges. Es starben 10 in der Klinik, 1 an Pneumonie 9 Tage nach der Operation, 1 (mit mäßiger Pyelonephritis) im unmittelbaren Anschluß an Operation und Äthernarkose, 8 an dem weit vorgeschrittenen Harnleiden; 2 starben später außerhalb infolge von Rückfällen; das Leiden führte also bei etwa 8% zum Tode, wobei auf traumatische und gonorrhoische Fälle etwa die gleiche Sterblichkeit entfällt, während von den Fällen zweifelhafter Ätiologie 2 = 10% starben. Von 105 Fällen wurden 41% bougiert, 59% vom Damme her operiert; von 30 traumatischen Fällen 22 = 73%, von 69 gonorrhoischen 39 = 56,5% und die 6 zweifelhaften. Die 67 Operationen bestanden 37mal in Resektion mit Naht.

Für Beurteilung der Dauerergebnisse kommen 17 zu kurze Zeit behandelte oder in extremis eingelieferte Fälle nicht in Betracht. Von dem Reste (114) starben 9 in der Klinik, 5 später. Von den übrigen 100 wurde das Endergebnis bei 77 bekannt, und zwar waren 40 = 52% Heilungen, 16 = 21% erhebliche Besse-

rungen, 21 = 27% Rückfälle (die traumatischen 18%, die gonorrhoischen 29%, die zweifelhaften 50%). Von den 27 unblutig Behandelten rezidivierten 30% (6 traumatische = 16,7%, 21 gonorrhoische = 33,3%), von den 44 vom Damme her Operierten 25% (15 traumatische = 13,3%, 26 gonorrhoische = 31%, 3 zweifelhafte = 33,3%. Die auffällige Bevorzugung der traumatischen Fälle in bezug auf das günstige Endergebnis verdient um so mehr Beachtung, als sie zu 73% zur Operation kamen, hauptsächlich also schwere Fälle darstellten.

Erwähnenswert ist, daß eine Harnröhrenquetschung mit nachfolgender Striktur nicht durch ein einmaliges Trauma, sondern dadurch entstand, daß ein Mann mehrere Stunden auf einem Zahnrade sitzend arbeiten mußte, sowie daß einmal die Einpflanzung eines Stückes der inneren Präputialhaut in die resezierte Harnröhre einen sehr guten Dauererfolg brachte. Die hohe Mortalität, die häufigen Rückfälle, die oft langwierige Behandlung mahnen dazu, sowohl die traumatischen wie die gonorrhoischen frühzeitig und lange zu bougieren und von Zeit zu Zeit nachzuuntersuchen. Die hartnäckigeren gonorrhoischen Fälle werden durch frühzeitige sachgemäße Behandlung des Grundleidens verhütet. Die prognostisch von vornherein günstigeren Fälle werden noch günstiger durch die Operation, die gonorrhoischen etwas günstiger, wobei aber zu bemerken ist, daß die Operation durch Narkose, Pneumonie an und für sich Lebensgefahren birgt. Am ungünstigsten sind sowohl der Schwere der Erkrankung wie der endgültigen Heilung nach die Fälle kongenitalen oder tuberkulösen Ursprunges.

8) Herr Lessing: Zur operativen Behandlung der Basedow'schen Krankheit.

Bei einer Krankheit wie der Basedow'schen, deren Äußerungen den größten Schwankungen unterworfen sind, bei der Zeiten der Ruhe und fast ungestörten Allgemeinbefindens mit solchen der schwersten Funktionsstörungen monatelang abwechseln, läßt sich ein objektives Urteil über den Wert unserer therapeutischen Maßnahmen nur unter Berücksichtigung der Dauererfolge gewinnen, während Publikationen auch größeren Krankenmateriales ohne solche Nachuntersuchungen, womöglich nach einer 4—6wöchigen Krankenhausbehandlung abgeschlossen, jeder Wert abzuerkennen ist. — Bezüglich der Pathogenese auf die Ausführungen Sittmann's auf den Naturforschertagen zu München 1899 verweisend, bespricht Vortr. dann die gegen die operative Therapie gemachten Einwände und stellt die Forderung auf, bei schwereren Fällen nach erfolgloser innerer Behandlung lieber etwas zu früh als zu spät zur Operation zu schreiten, da sonst das Gefäßnervensystem dem neuen Chok der letzteren nicht mehr gewachsen ist. In der chirurgischen Klinik der Charité wurde ausschließlich die Exzision der Struma geübt. Obwohl in sieben von den acht seit 1899 operierten Fällen die Schilddrüsenvergrößerung eine diffuse und ihre Hypervaskularisation über allen Strumateilen nachweisbar war, konnte in allen Fällen doch vor oder während der Strumektomie ein sicheres Urteil gewonnen werden, welche Teile die ausgesprochensten Veränderungen aufwiesen und somit deren Exzision die meisten Aussichten auf Heilung bot; ein mehrzeitiges Operieren war daher nicht nötig. Die gefürchteten postoperativen Erscheinungen, kurz als Steigerung der bestehenden Basedowsymptome charakterisiert, traten in sechs von acht Fällen auf. Ein Todesfall betrifft ein 24jähriges Mädchen im akutesten Höhestadium des Leidens, 5 Jahre erfolglos innerlich behandelt, bei der komplizierende Tracheostenose Indikation zum sofortigen Eingriffe gab: Kollaps nach Beginn der Operation. Eine Pat. konnte nicht nachuntersucht werden, bei den übrigen ergab die ärztliche Nachuntersuchung: Vier Pat. (zwei vorgestellt), vor April 1903 operiert, sind wieder vollständig arbeitsfähig; leichtere Grade von Protrusio bulbi, bei einer Pat. eine gewisse Neurasthenie sind zurückgeblieben. Bei zwei anwesenden Pat. ist die Zeit nach der Operation noch zu kurz, um bezüglich des Wertes der operativen Behandlung herangezogen werden zu können; die eine hat ein Kropfrezidiv mit Hypervaskularisation und leichter Luftröhrenkompression; sie schlägt wegen des erheblich gebesserten Allgemeinbefindens die vorgeschlagene Nachoperation ab; bei der zweiten, vor $1^1/_2$ Monaten operiert, sind gleichfalls noch vaskuläre Symptome nachweisbar, die aber seit der

Operation schon sehr zurückgegangen sind, so daß Aussicht auf ihr vollständiges Verschwinden besteht.

Diese guten Ergebnisse ermuntern zur weiteren operativen Therapie des Basedow, solange kein sicheres und rascher wirkendes spezifisches Mittel gefunden ist.

9) Herr Blecher: a. Beitrag zur Behandlung der myelogenen Sarkome des Oberarmes.

B. berichtet an der Hand von Röntgenbildern über einen Fall von myelogenem Sarkom des Humerus, bei dem wegen Spontanfraktur das obere Gelenkende mit der angrenzenden Diaphyse in Ausdehnung von 14 cm subperiostal reseziert wurde. Tamponade der Wundhöhle. Nach langsamem Schluß der Wunde bildete sich im Röntgenbilde nachweisbarer neuer Knochen aus. Schließlich bestand keine Verkürzung, kein Schlottergelenk, doch war die Beweglichkeit wesentlich eingeschränkt.

b. Über Schenkelhalsbrüche bei jugendlichen Personen.

Vorstellung zweier Kranken von 20 resp. 22 Jahren, bei denen im Anschluß an sehr geringfügige Traumen (Fehltritt, Ausgleiten) zuerst eine Infraktion, dann eine Fraktur des Schenkelhalses zustande kam, welche im Röntgenbilde nachgewiesen wurde.

10) Herr Neuhaus: Zur Frage der offenen Wundbehandlung.

N. hat an dem Materiale granulierender Wunden nach Verbrennungen, Phlegmonen usw. der II. chirurgischen Klinik der Charité nachgeprüft, wie weit die jüngst wiederholt gemachten Angaben zutreffend sind, daß solche Wunden ohne Verband, direkt der Luft ausgesetzt, besser heilten, als unter dem üblichen Druckverband. Er fand sie nicht bestätigt. Die Wunden bedeckten sich mit einem Schorf, unter dem sie aber weiter sezernierten. Die Vernarbung ging nicht schneller von statten. Wundinfektionen, Erysipel wurden nicht beobachtet.

Richard Wolff (Berlin).

---

18) **Gebele.** Über Drahtgipsbindenverbände. (Aus der Münchener chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 42.)

Die Binden bestehen aus feinem, sehr biegsamem Messingdrahtgewebe, das von Gaze überfalzt und mit Gips imprägniert ist; sie kommen in luftdicht schließenden Blechdosen verpackt in den Handel. Für einen Gehverband bei Unterschenkelbruch bedarf es nur zweier derartiger Binden (10 cm breit, 3 m lang und 6 cm breit, 4 m lang). Die Verbände sind leicht und sehr dauerhaft, stellen sich aber etwas teurer, als der gewöhnliche Holzspangipsverband. **Kramer** (Glogau).

19) **E. Friedheim.** Ein Apparat zur Herstellung jeder Art von Extension. (Aus dem Krankenhause Hamburg-Eppendorf.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 48.)

Der bei Leonhard Schmidt & Co. in Hamburg (Neuer Wall 60) erhältliche, sehr zweckmäßige Apparat hat sich in Kümmell's Krankenhause bestens bewährt. Er besteht aus einer zur Befestigung der Extensionsvorrichtung am Bette dienenden Schraubenklammer mit Öhren für die übrigen vier eisernen Stäbe, die die Rollen usw. tragen. Preis 15 *M*. **Kramer** (Glogau).

20) **O. Langemak.** Über Jutefliesverbände.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 43.)

Zur Erzielung einer lokalen Hyperämie und Wärmeentwicklung empfiehlt L. Polsterung der kranken Gelenke nach Einfetten der Haut mit Jutefließ in 10 bis 15 cm dicken Lagen, über die zum Luftabschluß ein innen mit Schmierseife bestrichenes Leinwandtuch oder Billrothbattist mit Binden festgewickelt wird. Die örtliche Temperatursteigerung bis 40° hält in diesen Verbänden 3—4 Tage an und macht das erkrankte, versteifte Gelenk geschmeidiger, die Bewegungen leichter aus-



führbar. — Der Jutefließ ist billig (1 Pfund = 0,15 ℳ) und in allen Geschäften für Sattler- und Polsterartikel erhältlich. **Kramer** (Glogau).

21) **L. Firth.** On torsion of the spermatic cord.

(Bristol med.-chir. journ. 1904. Dezember.)

Der 23jährige Pat. hatte bereits vor 2 Jahren und vor 8 Wochen Anfälle von schmerzhafter Anschwellung der einen Skrotalhälfte, welche auf leichte Reibungen nach einigen Stunden wieder verschwand. (Vermutlich unvollständige Drehungen des Samenstranges mit spontaner Reposition.) Der jetzige Anfall begann unter den Erscheinungen einer akuten, entzündlichen Orchitis, für welche sich jedoch keine der gewöhnlichen Ursachen feststellen ließ. Die Operation, 4 Wochen nach Beginn des Anfalles, ergab eine Drehung des Samenstranges dicht oberhalb des Hodens und Nekrose des Hodens und Nebenhodens; der Hode samt Nebenhoden lagen mit der Längsachse fast horizontal, mit einem gestielten, verlängerten Mesorchium frei in der Höhle der Tunica vaginalis propria aufgehängt, beweglich, im übrigen aber an normaler Stelle im Hodensack. Entfernung des Hodens, Primärheilung.

Die Vorbedingungen für die Hodendrehung: abnorme Beweglichkeit des Organs durch Stielung und horizontale Inversion (Kocher), waren also in diesem Falle gegeben. **Mohr** (Bielefeld).

22) **Amberger.** Zur Operation eitriger Adnexerkrankungen durch ventrale Laparotomie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 1.)

Verf. erörtert ausführlich die Vorteile der ventralen Laparotomie gegenüber der vaginalen bei eitrigen Adnexoperationen. Er glaubt, daß die Nachteile der ersteren — größerer Chok, Bauchbruch, Peritonitis — auch bei eitrigen Prozessen vermeidbar seien, und ist der Ansicht, daß Verwachsungen, Hernien sich auch bei vaginalen Bauchschnitten nicht vermeiden lassen. Der wesentlichste Vorteil der ventralen Operation ist die bessere Übersicht des Operationsfeldes, die gleichzeitige Möglichkeit, Erkrankungen des Wurmfortsatzes, Stenosierungen und Verwachsungen des Darmes zu Gesicht zu bekommen. Einfache Inzisionen ohne Entfernung der befallenen Tuben und Ovarien hält A. ebenso wie bei Wurmfortsatzerkrankungen für ungenügend, da in dem Erfolg unsicher. Auch läßt sich die Schwierigkeit eines Eingriffes gar nicht von vorn herein beurteilen, und es ist sicher, daß man bei komplizierten Verhältnissen zuverlässiger von oben her operiert. Die gleichzeitige Exstirpation des Uterus mit den Adnexen wurde von Rehn fast nie ausgeübt; wenn möglich, wurde ein Eierstock belassen. Im ganzen wurden 85 Fälle mit ventraler Laparotomie behandelt. Bei der Operation selbst wird auf reichliche Ausspülung mit Kochsalzlösung Wert gelegt. Die Bauchhöhle wird jedesmal geschlossen mit Ausnahme einer kleinen Öffnung, durche welche ein mittelstarker Drain in den Douglas geführt ist. Die Bauchdeckennaht erfolgt in zwei Schichten. Das Drainrohr wird möglichst früh, oft schon am 2. Tage, entfernt. Jodoformgaze kommt nie zur Verwendung, da man bei ihr Sekretstauungen erlebte. Solange die Drains liegen, wird täglich unter geringem Drucke das Sekret durch die Drainröhren ausgespült.

Bei den 85 behandelte Fällen wurden neben den Verwachsungen der Adnexe mit den Därmen solche mit der V. iliaca, mit der Blase und dem Mastdarme beobachtet. In 33 Fällen mußte der Wurmfortsatz mit entfernt werden, da er ebenfalls erkrankt war. 5mal wurde bei der Operation der Darm, 1mal die Blase verletzt, so daß Nahtverschluß angewendet werden mußte. In 5 Fällen wurde auch das Auftreten einer Kotfistel beobachtet. Auch die Fälle, bei denen es zu Bauchdeckeneiterung kam, sind ohne Bauchbruch geheilt. Bei 2 Pat. mußte wegen Ileuserscheinungen am 5. resp. 6. Tage eine zweite Laparotomie gemacht werden. Der Verlauf war danach ein glatter.

Von den 85 Operierten starben 9. 76 verließen geheilt und beschwerdefrei das Krankenhaus. Nur bei zweien bestand bei der Entlassung ein geringes Stumpf-

exsudat. Zur Nachuntersuchung standen nur 10 Pat. zur Verfügung, bei denen die Resultate günstig waren. Aussehen und Arbeitsfähigkeit waren gut, die Bauchnarben widerstandsfähig, Beschwerden fehlten nahezu ganz.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

23) H. Küttner. Über subkutane Sehnenscheidenhämatome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 213.)

Bei einem 20jährigen Studenten beobachtete K. nach Fall auf die ausgestreckte Hand eine Schwellung des Handrückens, die sich unter heftigen Schmerzen unter den Augen des Verletzten entwickelt hatte und in ihrer Ausbreitung genau den Sehnenscheiden des M. extensor digitorum communis nebst Extensor indicis und des M. extensor pollicis longus entsprach. Bei Beugung und Streckung der Finger bewegten sich die Geschwülste mit. Punktiert wurde nicht. Unter komprimierenden feuchten Verbänden und Massage trat binnen 11 Tagen Heilung ein.

M. v. Brunn (Tübingen).

24) G. Mingramm. Über die lupöse Verkrüppelung und Verstümmelung der Finger und Zehen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 225.)

Aus der v. Bruns'schen Klinik fügt M. den schon früher von Küttner mitgeteilten elf Fällen von Lupus mit Verkrüppelung oder Verstümmelung fünf weitere Fälle hinzu. Viermal kam es zu Verkrüppelung, nur einmal zu Verstümmelung. M. spricht sich entschieden für eine strenge Trennung dieser beiden Arten von Deformierungen aus. Selbst bei sehr hochgradigen Verkrüppelungen durch Kontrakturen, Subluxationen, Luxationen und Wachstumshemmungen konnte doch stets durch das Röntgenbild die Intaktheit der Knochen nachgewiesen werden.

M. v. Brunn (Tübingen).

25) M. v. Brunn. Über Spiralbrüche an den langen Röhrenknochen der unteren Extremitäten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIV. p. 655.)

Aus der v. Bruns'schen Klinik wurden im Laufe von $6^1/_2$ Jahren 140 Frakturen am Oberschenkel und 283 am Unterschenkel beobachtet. Röntgenbilder waren davon 88 bezw. 195 vorhanden. Unter diesen fanden sich 19 Spiralbrüche des Oberschenkels und 36 Spiralbrüche der Unterschenkelknochen, und zwar 11 Spiralbrüche der Tibia mit gleichzeitigem Spiralbruche der Fibula, 9 Spiralbrüche der Tibia mit Biegungsbruch der Fibula, 4 Spiralbrüche der Tibia mit unbekannter Frakturform der Fibula, 2 Spiralbrüche der Fibula mit Biegungs- bezw. Abrißfraktur der Tibia, 9 isolierte Spiralbrüche der Tibia und 1 isolierter Spiralbruch der Fibula verbunden mit Bänderzerreißung des Fußgelenkes. Bei den Oberschenkelspiralfrakturen und den isolierten Spiralbrüchen der Tibia überwog ganz auffällig das Kindesalter. Trotz der oft außerordentlichen Länge der Bruchlinien und Spitzigkeit der Fragmente waren Komplikationen verhältnismäßig selten. Von den Spiralbrüchen am Oberschenkel waren nur 2 kompliziert, ohne daß dadurch eine wesentliche Störung der Frakturheilung bedingt wurde. Am Unterschenkel wurden 4 primäre und 3 sekundäre Durchstechungen beobachtet. Von den primären Durchstechungen führte nur eine zur Infektion mit nachfolgendem langen Krankenlager. Viel unangenehmer waren die sekundären Durchstechungen. Sie sind weder durch bloße Ruhigstellung in einer Schiene, noch durch einen exakt angelegten Gipsverband mit Sicherheit zu vermeiden, sondern nur durch lange fortgesetzten Zugverband. Im allgemeinen ist die Prognose der Spiralfrakturen keine ungünstigere als die anderer Frakturen. (Selbstbericht.)

26) Lewis. Double traumatic iliac dislocation of the hip.

(Annals of surgery 1904. November.)

Doppelseitige Hüftverrenkung nach hinten oben (iliaca) durch Überfahren. Einrenkung, Bettlage $4^1/_2$ Wochen, Heilung ohne Beschwerden.

Aus der Weltliteratur konnte L. im ganzen nur 32 Fälle von doppelseitiger traumatischer Hüftverrenkung sammeln, darunter sechs nach hinten oben (iliaca). Er glaubt, daß in dem beschriebenen Falle die Verrenkung durch Druck auf das Becken bei gebeugten Oberschenkeln hervorgerufen wurde.

Herhold (Altona).

27) **Landau.** Streckbett für Säuglinge mit Oberschenkelbruch.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 50.)

Der Apparat besteht aus einem für Rumpf und Kopf des Kindes zurechtgeschnittenen Brett, an dem für das gebrochene Bein eine Art Galgenpfosten mit Querriegel nach oben außen hervorragt, über welchen der Extraktionsverband geleitet wird.

Borchard (Posen).

28) **Bergmann** (Essen). Über Gefäßverletzungen in der Kniekehle.

(Festschrift der Huyssens-Stiftung. Essen 1904.)

Die vorliegende Mitteilung des Morian'schen Assistenten ist eine recht bedeutungsvolle. — Zehn Bergleute verunglückten, auf einem Förderkorbe fahrend, dadurch, daß dieser mit großer Geschwindigkeit unten aufschlug. Das Ergebnis war: 6 Kompressionsfrakturen der Tibia am Kniegelenke (2 davon mit Gefäßzerreißung); 5 komplizierte Verrenkungen des Kniegelenkes (sämtlich mit Gefäßzerreißung); 1 Spiralbruch der Tibia, 1 Malleolarbruch.

Alle 5 Knieverrenkungen (3 vordere, 2 hintere) waren durch Zerreißung der Art. poplitea kompliziert und endigten mit Amputation wegen Gangrän (4 Heilungen, 1 Tod an Pneumonie); ebenso endigten die 2 mit Gefäßzerreißung komplizierten Gelenkbrüche der Tibia mit Amputation wegen Gangrän (2 Heilungen).

Indem somit 7 Zerreißungen der Art. poplitea vorlagen, kam nur 3mal Durchreißung der Vene gleichzeitig vor; 1mal war sie geschlitzt, 1mal thrombosiert. An gleichzeitigen Nervenzerreißungen ist nur eine Trennung des Nervus peroneus vorgekommen.

Verf. hat durch Injektionsversuche studiert, inwieweit von einer Ernährung des Unterschenkels nach Unterbindung der Poplitea noch die Rede sein kann. Danach scheint es, daß nur bei Kindern die Zirkulationsverhältnisse mit Hilfe der Artt. articulares einigermaßen günstig liegen. Dafür sprach auch eine in anderem Zusammenhange beobachtete Erhaltung des Beines nach Poplitea-Unterbindung bei einem 3jährigen Kinde. Prognostisch sehr ungünstig sind gleichzeitige starke Weichteilquetschungen.

Verf. steht auf dem Standpunkte, daß man, wenn irgendmöglich, eine Gefäßnaht versuchen soll, und berichtet über eine erfolgreiche und eine erfolglose Naht der verletzten Kniekehlenarterie, beide bei Kniegelenkresektionen entstanden.

Die hübsche Mitteilung verdient ganz gewiß Beachtung.

Schmieden (Bonn).

29) **Wollenberg.** Abrißfraktur der Tuberositas tibiae.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 43.)

W. berichtet über einen 23jährigen Pat., der vor 6 Jahren beim Springen in dem Augenblick, wo er beim Aufsprung in die Kniebeuge ging, plötzlich einen heftigen Schmerz im linken Knie verspürte. Die Kniescheibe soll dabei nach oben gerutscht sein. Das damalige Röntgenbild ergab den Abriß des oberen Teiles der Tuberositas tibiae. Die Funktionsfähigkeit wurde nach Herabziehen der Kniescheibe durch einen Heftpflasterverband und nachfolgende Massage eine so gute, daß Pat. seinen Dienst als Infanterieoffizier vollkommen versehen konnte. Erst in der letzten Zeit stellten sich wieder leichtere Beschwerden ein. Die jetzige Röntgenaufnahme ergab nun, daß das abgerissene Knochenstück stark an Größe zugenommen hatte.

Borchard (Posen).

30) **Ware.** Fracture of the tibial tubercle.

(Annals of surgery 1904. November.)

Beim Schwingen im Langhang an Ringen kam ein 16jähriger Knabe mit ziemlich starker Gewalt auf die Füße nieder. Er verspürte heftige Schmerzen im

rechten Knie, dasselbe schwoll an; unter Krepitationsgefühl war das Tuberkel des Schienbeines verschieblich. Das Bruchstück wurde nach Reposition durch Heftpflasterstreifen festgehalten und das Bein eingegipst. Heilung; doch blieb das Knie noch eine Zeitlang steif.

Nach W. hat das Tuberkel nur in Ausnahmefällen einen eigenen Ossifikationskern; daher handelt es sich meistens um einen Bruch und nicht um eine Epiphysenlösung. Der Erguß im Kniegelenke wird bei diesen Verletzungen dadurch hervorgerufen, daß der unter dem Lig. patellae liegende Schleimbeutel mit dem Kniegelenke kommuniziert. **Herhold** (Altona).

31) **H. Moses.** Beitrag zum Wesen der kongenital-syphilitischen »Tibia en lame de sabre«.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 718.)

Aus der Garrè'schen Klinik teilt Verf. einen Fall der eigenartigen hereditär syphilitischen Deformität mit, der einen 24jährigen Mann betraf. Die Verkrümmungen waren so stark, daß Beschwerden beim Stehen und Gehen dadurch hervorgerufen wurden. Es wurde daher durch Keilosteotomie eine Geradestellung erstrebt mit befriedigendem Erfolge.

Den pathologisch-anatomischen Prozeß stellt sich Verf. so vor, daß eine rarefizierende Panostitis das Primäre ist. Der Entzündungsreiz veranlaßt das Periost zur Knochenneubildung, er bewirkt ferner ein gesteigertes Längenwachstum. Daraus folgen Verdickung, Verkrümmung und Verlängerung der Tibia. In der Umgebung der gummösen Bezirke entwickelt sich eine reaktive Sklerose, in welche schließlich auch der neugebildete spongiöse Knochen mit einbezogen wird. Die hochgradige Sklerosierung konnte bei der Operation konstatiert werden.

Anschließend erörtert Verf. die pathognomonische Bedeutung der Säbelscheidentibia und bespricht besonders die ähnlichen Gestaltveränderungen, die, wenn auch selten, bei Rachitis und Osteomyelitis beobachtet werden.

M. v. Brunn (Tübingen).

32) **E. Finckh.** Zur Säbelscheidenform der Tibia bei Syphilis hereditaria tarda.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 709.)

Aus der v. Bruns'schen Klinik beschreibt F. einen sehr ausgesprochenen Fall der genannten Mißstaltung bei einem 24jährigen Mädchen. Durch die sehr genaue Anamnese, durch welche die hereditäre Belastung auf der einen, das späte Auftreten des Leidens auf der anderen Seite zweifellos festgestellt wird, gewinnt der Fall besonderen Wert. Daß es sich nicht um eine scheinbare, sondern um eine wirkliche Verkrümmung der Tibia handelt, geht aus den beigegebenen Röntgenbildern zweifellos hervor. **M. v. Brunn** (Tübingen).

33) **Toussaint.** Exostoses mobiles et bursite traumatique de la patte d'oie.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1904. Nr. 11.)

Infolge eines Sprunges entwickelte sich bei einem 16jährigen jungen Mann an der Innenseite der Tibia unmittelbar unterhalb der Ansatzstelle der Oberschenkelmuskel-Sehnen (patte d'oie) eine hühnereigroße Anschwellung. Bei der Operation zeigte es sich, daß es sich um einen entzündeten Schleimbeutel handelte, welcher außer einer hellgelben Flüssigkeit drei nußgroße, freibewegliche Osteochondrome enthielt (Exostosis mobilis bursata). Durch die Operation wurde völlige Heilung erzielt. **Herhold** (Altona).



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie.
1905.

Der 34. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 26. bis 29. April 1905 in Berlin im Langenbeckhause statt.

Die Begrüßung der zum Kongreß sich versammelnden Mitglieder geschieht am Dienstag, den 25. April, abends von 8½ Uhr ab im »Heidelberger«, Zimmer 5 (Eingang von der Dorotheen-Straße, Ecke der Friedrich-Straße). Daselbst wird auch das Verzeichnis der angemeldeten Vorträge ausgegeben, und werden Mitgliedskarten gegen Erstattung des Jahresbeitrages verabfolgt.

Die Eröffnung des Kongreßes findet am Mittwoch, den 26. April, vormittags 10 Uhr im Langenbeckhause statt. Die Mitgliedskarten müssen beim Eintritt vorgewiesen werden.

Während der Dauer des Kongreßes werden daselbst Morgensitzungen von 9 bis 12½ Uhr und Nachmittagssitzungen von 2 bis 4 Uhr abgehalten werden.

Die Vormittagssitzung am Mittwoch, den 26. April, und die Nachmittagssitzung am Freitag, den 28. April, sind zugleich Sitzungen der Generalversammlung.

In die Tagesordnung für die erste Sitzung der Generalversammlung, am Vormittag des 26. April, sind nach § 16 der Statuten in erster Linie aufgenommen:

1. Bericht des Vorsitzenden über die Tätigkeit der Gesellschaft und die Vorkommnisse im abgelaufenen Geschäftsjahr.

2. Entgegennahme des Berichtes der Bibliothekkommission.

3. Wahl des stellvertretenden Vorsitzenden, des 2. Schriftführers und der vier anderen Mitglieder des Ausschusses, welche einer Erneuerungswahl unterliegen (§ 9).

In der 2. Sitzung der Generalversammlung, am Freitag, den 28. April, nachmittags, wird der Vorsitzende für das Jahr 1906 gewählt.

Um der Überfülle von Material zu steuern, und um Zeit für Diskussionen wichtiger Themata zu gewinnen, hat der Ausschuß der Gesellschaft in seiner Sitzung vom 5. Januar d. J. eine Neuordnung der Geschäftsordnung beschlossen. Die Herren Mitglieder werden auf die unten beigefügten Bestimmungen derselben besonders aufmerksam gemacht.

Die Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich bis zum 11. März d. J. an meine Adresse (Fluntern-Zürich) gelangen zu lassen unter gefälliger Beachtung der betreffenden Bestimmungen der neuen Geschäftsordnung.

Von auswärts kommende Kranke können im Königlichen Klinikum (Berlin N., Ziegelstraße 5—9) Aufnahme finden. Präparate, Apparate, Instrumente usw. sind mit Angabe ihrer Bestimmung an Herrn Melzer (Berlin N., Ziegelstraße 10—11, Langenbeckhaus) zu senden. Derselbe ist auch ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeckhauses, Zuwendungen für die Büchersammlung, sowie die Jahresbeiträge der Mitglieder entgegen zu nehmen. Zur Vermeidung von Irrtümern wird um Aufbewahrung der Quittungen gebeten.

Die Mitgliedskarten, welche beim Eintritt in den Saal vorzuweisen sind, werden gegen Einsendung des Jahresbeitrages für 1905 an Herrn Melzer (Berlin N., Ziegelstraße 10—11, Langenbeckhaus) bis zum 15. April, von diesem per Post zugesandt. Dieselben können auch gegen Einzahlung des Beitrages am Dienstag, den 25. April (8—1 Uhr) im Langenbeckhause in Empfang genommen werden. Da der Andrang am Morgen des Eröffnungstages ein sehr großer zu sein pflegt, werden die Herren Mitglieder hierauf besonders hingewiesen.

Eine Ausstellung von neuen Instrumenten, Apparaten und Gegenständen der Krankenpflege ist wie alljährlich in Aussicht genommen (Anmeldung bei Herrn Melzer).

Anmeldungen zur Aufnahme neuer Mitglieder bitte ich bis Montag, den 24. April, an den ersten Schriftführer, Herrn Prof. Dr. W. Körte (Berlin W. 35, Potsdamerstraße 39), zu richten. Die Anmeldung muß die genaue Adresse des

Vorgeschlagenen (Name, Titel, Wohnort) enthalten und mit der eigenhändigen Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft versehen sein. Formulare für diesen Zweck können von Herrn Melzer bezogen werden. Die Aufnahme neuer Mitglieder findet in der Ausschußsitzung am Dienstag, den 25. April, vormittags und nach Bedürfnis auch während des Kongroßes statt. Die am Dienstag aufgenommenen neuen Mitglieder können gegen Erlegung des Beitrages an Herrn Melzer die Mitgliedskarten von demselben am Begrüßungsabend, sowie am Mittwoch, den 26. April, von 8 Uhr an im Langenbeckhause entgegen nehmen.

Für die Diskussion auf dem diesjährigen Kongreß sind, soweit die Zeit und die Zahl der angemeldeten Vorträge es gestatten, folgende Themata in Aussicht genommen:

1. Über die Größe der Unfallsfolgen bei unblutiger und blutiger Behandlung der subkutanen Querfraktur der Patella.

2. Zur Perityphlitisfrage: Über den günstigsten Zeitpunkt des operativen Einschreitens.

3. Über Vorkommen, Ursachen und Verhütung der postoperativen Pneumonien nach Bauchoperationen.

4. Welche Indikationen, resp. Kontraindikationen sind für die Nephrektomie, insbesondere bei Nierentuberkulose, auf Grund der neuesten Erfahrungen bei Verwertung der funktionellen Nierendiagnostik aufzustellen?

Zürich, den 17. Januar 1905.

R. U. Krönlein,
Vorsitzender für das Jahr 1905.

Geschäftsordnung
nach Beschluß des Ausschusses vom 5. Januar 1905.

§ 1. Der Vorsitzende setzt die Tagesordnung fest und bestimmt die Zahl und Reihenfolge der Vorträge und Demonstrationen.

§ 2. Die Themata der anzumeldeten Vorträge und Demonstrationen sind dem Vorsitzenden mit kurzer (leserlicher) Inhaltsangabe bis 6 Wochen vor dem Kongreß einzureichen.

§ 3. Der Vorsitzende stellt in der Regel nicht mehr als 70 Vorträge und Demonstrationen auf die Tagesordnung. Ein Überschreiten dieser Zahl ist seinem Ermessen anheimgestellt.

§ 4. Vorträge, deren Inhalt bereits veröffentlicht ist, können nur in Form eines knappen Auszuges oder einer kurzen Demonstration zugelassen werden.

§ 5. Die Vorträge dürfen bis zu 15 Minuten, die Demonstrationen bis zu 5 Minuten dauern. Der Vorsitzende hat das Recht, die Zeit um höchstens 10 Minuten zu verlängern.

§ 6. Die Vorträge werden frei gehalten. Der Vorsitzende kann auf vorherigen Antrag des Vortragenden Ausnahmen von dieser Regel zulassen.

§ 7. Die Reden in der Diskussion dürfen 5 Minuten, oder auf Zulassung des Vorsitzenden einige Minuten länger dauern.

Röntgen-Kongreß in Berlin.

Vom 30. April bis 3. Mai 1905 findet unter dem Ehrenvorsitz Sr. Excellenz des Herrn Geh.-Rat. Prof. Dr. v. Bergmann in den Räumen der »Ressource« (Oranienburger-Straße 18) am Monbijouplatz ein Röntgen-Kongreß statt, verbunden mit einer Röntgen-Ausstellung, deren medizinischer Teil alle Zweige der Heilkunde umfaßt.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 7. **Sonnabend, den 18. Februar.** **1905.**

1) F. Merkel. Handbuch der topographischen Anatomie zum Gebrauch für Ärzte. Dritter Band.

Braunschweig 1903/04. Erste Lieferung 244 S., 97 Fig.; zweite Lieferung 163 S., 60 Fig.

Von dem an dieser Stelle schon mehrfach angezeigten Handbuche der topographischen Anatomie von M. sind in den letzten 2 Jahren wieder zwei Lieferungen erschienen (Bd. III, Lfg. 1 u. 2). Sie behandeln die topographische Anatomie des Beckens und die Weichteile desselben bei beiden Geschlechtern. Da die Anlage des Werkes in diesem Blatte schon wiederholt besprochen wurde, so genügt es hier festzustellen, daß auch bei diesen Teilen der praktische Gesichtspunkt überall im Vordergrunde der Schilderung steht, und daß wohl keine Frage, die der Praktiker etwa an den Anatomen stellen könnte, unbeantwortet bleibt. Der Begriff »topographische Anatomie« erschöpft den Inhalt des Werkes nicht, das vielmehr alle anatomischen Tatsachen, die für den Mediziner von Wichtigkeit sind, eingehend und doch ohne Weitschweifigkeit bespricht. Mit dem Schlußabschnitte des dritten Bandes

der die Extremitäten behandeln soll, wird das ganze Werk zum Abschluß kommen.

E. Gaupp (Freiburg i. B.).

---

2) Orth. On the morphology of carcinoma and the parasitic theory of its etiology.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

In dem auf dem internationalen Kongreß zu St. Louis gehaltenen Vortrage erörtert O. die Morphologie und die parasitäre Natur des Krebses. Morphologisch ist der Krebs dadurch charakteristisch, daß er nur aus Epithel entstehen kann, d. h. aus Umwandlung von Epithelzellen in Krebszellen. Jedoch ist nicht jede Epithelzellenhyperplasie an sich krebsig, sondern nur dann, wenn sie als Zapfen in das unterliegende Gewebe einwächst. Die Verbreitung des Krebses geschieht nur durch Verschleppen von Krebszellen durch Lymph- oder Blutgefäße. Das Stroma der Krebsgeschwulst ist etwas Nebensächliches; es gibt Krebse ohne jedes Stroma; andererseits kann ein Stroma durch das Bindegewebe des vom Krebs befallenen Organes gebildet werden. Jeder Krebs müßte nach vorstehendem als Epitheliom, und zwar als Epithelioma aberrans bezeichnet werden. Zwei Typen sind zu unterscheiden: 1) solche, welche eine typische Anordnung der Krebszellen zeigen (glanduläre Typen, hauptsächlich aus Zylinderzellen bestehend); 2) solche ohne typische Anordnung (Cancroide mit epidermisähnlichem Gewebe). Daß der Krebs durch Parasiten hervorgerufen wird, ist bis jetzt durch nichts bewiesen, aber nicht unmöglich; jedenfalls könnte es sich dann nur um einen intrazellulären Parasiten handeln, da die verschleppte Krebszelle bei der Metastase bis jetzt die Hauptrolle spielt.

Herhold (Altona).

---

3) Dyball. Parotitis following injury of disease of the abdominal and pelvic viscera.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

Die Parotitis kann nach allen möglichen an den Unterleibseingeweiden ausgeführten Operationen und nach Verletzungen dieser Organe auftreten; besonders häufig wird sie nach an den Geschlechtsorganen ausgeführten Eingriffen — Ovariotomien z. B. — beobachtet. Es kann die Erkrankung einseitig oder doppelseitig sein, zur Eiterung braucht es nicht zu kommen; doch kann sie leicht eintreten, da die Drüse in dem Zustande ein locus minoris resistentiae für das Eindringen von Mikroben ist. Die Symptome bestehen in Schmerzen und leichter Temperaturerhöhung. Ätiologisch verwirft D. die pyämischen Ursachen, die orale Sepsis und die Reflextheorie. Er glaubt vielmehr, daß Toxine durch die im Unterleibe sich abspielenden Prozesse gebildet werden und die Entzündung der Speicheldrüse auf dem Blutwege verursachen.

Herhold (Altona).

---

4) **Clemm** (Darmstadt). Über Heftpflasterverbände zur Stützung der Baucheingeweide.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 3.)

Mancherlei Krankheiten der Leibeshöhle, wie z. B. Fälle von Magenverengerungen und -Erweiterungen bei schweren Formen der Magenentzündungen, Magen- und Duodenalgeschwür, alle Formen der Darmerschlaffung wie des Dickdarmkrampfes und Entzündungen desselben, Gallensteinkrankheit und Blinddarmkrankheit, will Verf. durch Anlegen eines Heftpflasterverbandes günstig beeinflussen. Er benutzt zu diesem Verbande ein Beiersdorf'sches Leukoplast oder ein Dietrich'sches Zink-Kautschukpflaster, das er sich nach Art einer Leibbinde am liebsten selbst zuschneidet. Dieser Verband benutzt die Darmschaufeln als Auflager und Richtungserteiler, ohne jedoch dieselben zu bedecken. Um überall eine gleichmäßige Anschmiegung am Leibe zu erzielen, bedarf es nur noch kleiner Einkerbungen rechts und links vom Nabel. Über die Pflasterbinde legt Verf. stets eine Mullbinde, die etwa hervorquellende Pflastermasse vor der Verklebung mit dem Unterzeuge schützen soll. **Hartmann** (Kassel).

---

5) **V. Mahar.** Traitement de l'appendicite aiguë. Indications opératoires.

Paris, **J.-B. Baillières et fils,** 1904. 121 S.

Die vorliegende Arbeit wird dadurch besonders interessant und gewinnt einen internationalen Charakter, daß M. einmal ein reiches, ihm direkt zur Verfügung stehendes Material verwertet, dann aber auch sich an alle in den letzten Jahren in der Appendicitisfrage besonders hervorgetretene Autoren gewandt hat und deren Mitteilungen mit verwertet. Zunächst gibt er einen historischen Überblick über die Entwicklung, welche die Frage der Appendicitisbehandlung genommen, und kommt zu dem Schluß, daß man heute die Appendicitis in allen ihren Formen als eine chirurgische Erkrankung anzusehen habe, und nur darüber noch verschiedene Auffassungen beständen, wann das Messer des Chirurgen eingreifen solle. Auf Grund seiner Sammelforschung, durch welche ihm rund 450 innerhalb der ersten 48 Stunden und über 2000 später operierte Fälle von Appendicitis zur Verfügung stehen, findet er die größte Sterblichkeit am 5. und 6. Tage, die geringste bei Operationen in den ersten 2 Tagen und nach dem 9. Tage. Daraus folgert er »1) une période d'opérabilité précoce und 2) une période d'opérabilité tardive ou à froid«.

Im weiteren geht er dann zunächst auf die Frühoperation (l'opération précoce) ein. Die derselben allgemein nachgesagten Vorteile begründet er aus den pathologisch-anatomischen Verhältnissen, welche man in den ersten 2×24 Stunden des akuten Anfalles findet. Die klinischen Symptome lassen die wirklichen Veränderungen nicht immer mit Sicherheit erschließen, und auch aus diesem Grunde ist es besser,

so früh wie möglich zu operieren. Aus seinem Materiale berechnet Verf. dann eine Sterblichkeit von 2 bis höchstens 4% für die Frühoperation bei den Fällen, welche von vornherein mit septhämischen Erscheinungen, schwerem Ikterus und Leberschwellung auftreten. Im übrigen widerlegt er die gegen die Frühoperation geltend gemachten Einwände kurz aber treffend. Als Anhang folgen die Krankengeschichten von einschlägigen Fällen im Auszug.

Im zweiten Teile werden die therapeutischen Indikationen für die Fälle akuter Appendicitis, welche nicht in den ersten 2 Tagen dem Chirurgen in die Hände fallen, besprochen. M. findet nun, daß in diesen Fällen beim unmittelbaren Operieren eine Sterblichkeit von 15% besteht, dagegen bei abwartender Behandlung und Operation im Intervall eine solche von kaum 8%. Dieser Umstand wie die Tatsache, daß von 100 Appendicitiden, welche nach dem 2. Tage zur Beobachtung kommen, mindestens 85 unmittelbar in Heilung übergehen, lassen Verf. zu dem Schluß kommen, daß es vorteilhaft ist, nicht in jedem Falle und sobald wie die Diagnose sicher gestellt ist zum Messer zu greifen. Es wird dann eingehend besprochen, welche Bedeutung die einzelnen Symptome sowohl für sich allein als in Beziehung zueinander haben, und in welcher Weise sie der Chirurg im einzelnen Falle bei seiner Entschließung zum operativen Eingriff verwerten soll. Des weiteren werden dann die Maßnahmen, welche bei abwartender Behandlung zu befolgen sind, sowie die Frage, wann, wenn nicht im akuten Anfall, operiert werden soll, erörtert. Aus der kurzen Besprechung der operativen Technik sei hervorgehoben, daß M. abrät, unter allen Umständen den Wurmfortsatz mit entfernen zu wollen, und als zweckentsprechendsten Schnitt den am Rand des Rectus empfiehlt.

Dettmer (Bromberg).

---

6) **Ch. Julliard.** De la valeur clinique de la courbe leucocytoire dans les maladies chirurgicales et en particulier dans l'appendicite. État de la question.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 5, 7 u. 8.)

Trotz der kurzen Zeit, seit welcher die Cytodiagnostik für die chirurgische Indikationsstellung Verwendung findet, ist die Zahl der Publikationen fast unübersichtlich geworden, und es ist sehr zu begrüßen, daß Verf. einen klaren Überblick über das zurzeit Wesentliche und praktisch Wertvolle zu geben sich bemüht hat. Beträgt doch die Zahl der berücksichtigten Arbeiten — Literaturverzeichnis Nr. 8 — nicht weniger als 335! Das Hauptinteresse konzentriert sich naturgemäß um die Appendicitis, für deren oft so wechselvolle und überraschende Wendungen wiederholt in der Blutuntersuchung entscheidende Hinweise gefunden sein sollten. Durch zahlreiche eigene Beobachtungen hat J. insofern wesentlich zur Förderung der Frage beigetragen, als er methodisch anstelle der Einzelzählungen die Aufzeichnung der Leukocytenkurve setzte, die allein gestattet, den Gang der Dinge genau zu verfolgen. Ebensowenig wie man aus einmaligem

Temperaturanstieg Schlüsse auf Anwesenheit von Eiter ziehen könne, dürfe das einmalige Fehlen der entzündlichen Leukocytose als Beweis gegen dessen Vorhandensein gelten; bei kritischer Berücksichtigung aller sonst bekannten klinischen Symptome wird man aus folgenden Ergebnissen Nutzen ziehen: Als untere Grenze der für Eiterbildung bei Appendicitis bezeichnende Leukocytenzahl ist 25000 zu betrachten. Deshalb wird die Kurve bei nicht eitriger Entzündung zwischen 9- bis 10000 und 25000 schwanken, selten höher steigen. Bei den eiterbildenden Formen bewegt sich die Kurve 2—3 Tage lang oberhalb der 25000. Neigung zum Ansteigen deutet auf Ausbreitung, Abfall auf Nachlaß der Eiterbildung und Erkalten. Bei gangränöser Appendicitis mit ernstem Krankheitsbild und niedriger Kurve ist die Vermutung auszusprechen, daß der Organismus gegenüber der Infektion versagt, während hohe Leukocytenkurve für eitrige Peritonitis spricht. »Während der ersten 48 Stunden gewährt die Prüfung der Leukocytose keine brauchbaren Handhaben für die Prognose.« Mit diesen Worten raubt J. der Methode den größten Teil ihres Wertes für die schweren Fälle, die bisher der Beurteilung die meisten Schwierigkeiten geboten haben und mehr wie alle anderen nach sicheren prognostischen Anhaltspunkten verlangen. Man wird also nach wie vor am besten tun, sie noch vor Ablauf der 48 Stunden zu operieren.

Bei Unterleibsentzündung des Weibes zeigt eine Leukocytose von über 14000 die Anwesenheit von Eiter an trotz fehlenden Fiebers.

Sehr hohe Grade — bis 90000 — erreicht die Vermehrung der weißen Blutkörperchen bei Leberabszessen. Bei Septhämie, wo die Zahl der roten Blutkörperchen beträchtlich vermindert sein kann, wird eine scheinbar mäßige Vermehrung der weißen doch eine hohe Leukocytose bedeuten. Für die Beurteilung der Neubildungen leistet uns die Leukocytenkurve zurzeit noch nichts praktisch Verwertbares. Die Leukocytose ist geringer als bei entzündlichen Vorgängen und wächst, wenn sich solche in Neubildungen entwickeln. Auch für die Unterscheidung zwischen Magengeschwür und Karzinom ist die Leukocytose nicht ausschlaggebend. Wertvoller schon ist die Vergleichung der Verdauungsleukocytose; diese kann bei Karzinom, jedoch schon bei atrophischem Katarrh, fehlen, während sie konstant bei Geschwür vorhanden ist. Nachweisbarer Krebs und Vorhandensein der Leukocytose auf der Höhe der Verdauung würde ein günstiges Symptom darstellen und zu frühzeitiger Operation auffordern. Endlich ist auch die Cachexia strumipriva mit Leukocytose verbunden, die sogar prämonitorischen Wert besitzt, da sie vom Augenblick der Operation bis zum Eintritt der Ausfallserscheinungen beständig zunimmt.

Die Arbeit scheint besonders deshalb so schätzenswert, als sie mit großer Offenheit uns lehrt, wie wenig verläßlich zurzeit noch diese Ergebnisse der Blutkörperchenzählungen sind, und daß sie vorläufig lediglich erst wissenschaftliches Interesse bieten und der Hauptwert bei Diagnose- und Indikationsstellung vorab noch auf exakte klinische Beobachtung und Analyse der bekannten Symptome zu legen ist.

Christel (Metz).

---

7) Karewski. Klinische und anatomische, sowie experimentelle Beiträge zur Kenntnis der inguinalen und cruralen Blasenhernien.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

K. hat im ganzen fünf Fälle von Blasenbrüchen beobachtet. Der eine Fall war so gut klinisch charakterisiert, daß auch ohne Operationsbefund nicht an der Diagnose zu zweifeln ist. Zweimal wurde cystoskopisch die Diagnose bestätigt, einmal ward während des Eingriffes der Blasenbruch erkannt und einmal unbeabsichtigt die Blase mit abgebunden. Dreimal handelte es sich um Schenkelbrüche. Alle Pat. waren frei von Symptomen der Blasendislokation, die wohl zu Unrecht als Ursache der Blasenbrüche galt. Bei allen Operierten fiel der große Fettreichtum der Blase auf, der zweimal zu umfangreichen Lipombildungen am Bruche geführt hatte.

Verf. ging darauf aus, durch Versuche an der Leiche festzustellen, ob die normale Blase in ihren verschiedenen Füllungszuständen zu den erweiterten Bruchpforten Beziehungen hat, welche bei der Bruchsackunterbindung die Gefahr einer Verletzung nahe legen. Diese Experimente lehrten, daß die leere Blase tief in das Becken zurücksinkt und an den Bruchpforten weder tast- noch sichtbar ist. Wenn man aber dicht am äußeren Leistenringe die Fascia transversa und das am medialen Rande gelegene präperitoneale Fett mit einer Klemme ergreift, die schräg nach unten gerichtet ist, so folgt die Blase dem Zuge des Instrumentes. In einigen Fällen gelang es auch bei leerer Blase, auf diese Weise ein kleines Divertikel herauszuzerren. Zug an der Fascia vesicae und am prävesikalen Fett erzeugt eine Ausstülpung der Blasenwand, die man ohne Blasenverletzung bis zur Bildung eines fingergliedförmigen Divertikels steigern kann. Dasselbe zieht sich bei stärkerer Füllung des Hohlraumes zurück, so daß es wieder völlig verschwindet. Es ergibt sich also, daß bei Personen jeden Alters ohne Blasenverlagerung und Lipombildung eine ziemlich innige Beziehung zwischen den Bruchpforten und dem Blasenüberzuge besteht, und daß jede Zerrung an diesem, also auch eine hoch angelegte Ligatur, eine Ausbuchtung der Blasenwand erzeugen kann, welche dann bei dem Eingriffe leicht durchschnitten wird. Die Gefahr ist um so größer, je größer die Bruchpforte ist. Jedenfalls ist es sicher, daß bei großer Bruchpforte und alten Hernien, selbst bei Fehlen von adhäsiven Prozessen am Bauchfell und an den Bruchhüllen, relativ leicht eine dauernde Verlagerung lateralwärts zustande kommen kann, die ohne eigentliche Cystokele doch die Blasenabklemmung durch Ligatur mit späterer Fistelbildung ermöglicht. Eine Schwächung und Veränderung der Blasenwand ist zur Entstehung eines Blasenbruches nicht notwendig, fördert dieselbe indessen. Man kann demnach behaupten, daß Teile der Blasenwand in einer gewissen Zahl von Fällen als integrierender Bestandteil der Bruchhüllen zu betrachten sind, vor dessen Verletzung man sich zu hüten hat. Damit hält Verf. auch den Beweis

für erbracht, daß eine große Zahl der als Blasenbruch beschriebenen Beobachtungen zwar keine Kunstprodukte sind, aber in das Gebiet zufälliger Verletzungen gehören und deshalb aus der Zahl der echten Herniae vesicales zu streichen sind.

Was die Diagnose einer Cystokele anlangt, so sind die klinischen Symptome recht unsicher. Erschwerungen der Harnabsonderung, schmerzhaftes Harnen, zumal mit dem gleichzeitigen Auftreten von Einklemmungserscheinungen, sollen immer an das Leiden denken lassen. Zuverlässig für die Erkenntnis ist aber allein die Cystoskopie, welche die Verlagerung zum Orte des Bruches zeigt. Zur Vermeidung von Blasenverletzungen bei Bruchoperationen soll Pat. stets vor dem Eingriffe katheterisiert werden, und außerdem soll man stets bei der Ligatur des Bruchsackes und bei der Versorgung der Gefäße an seiner medialen Seite sehr vorsichtig verfahren.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

8. **H. Heegard.** Über Ovarialhernien.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

Verf. gibt in dem ersten Teile seiner Arbeit ein umfangreiches Referat über die verschiedenartigen Meinungen, welche man bisher über die Entstehung der inguinalen Ovarialhernien hatte. Er sucht zu beweisen, daß die Voraussetzung, von welcher man bei der Aufstellung der Theorien über die Pathogenese der Anomalie ausgegangen ist, nicht den wirklichen Verhältnissen entspricht. Diese Voraussetzung geht nämlich dahin, daß normalerweise der sog. Nuck'sche Kanal beim weiblichen Geschlecht vorhanden sei und eine peritoneale Ausstülpung nach Analogie des Proc. vaginalis beim Manne bilde. Indessen ist diese Ausstülpung des Bauchfells nach den Untersuchungen H.'s nur eine Ausnahme, und es handelt sich bei ihr auch keineswegs um eine Ligamentwirkung wie beim Lig. Hunteri. Steht der Leistenkanal jedoch offen, so machen es die längliche Form und die glatte Oberfläche des kindlichen Ovariums in Verbindung mit der relativ großen Beweglichkeit des Organes verständlich, daß dasselbe aus seiner wenig unterstützten Lage durch den Kanal hinabgleiten kann, wenn die Bauchpresse durch Schreien, Husten, Druck der Nabelbinde usw. vermehrt wird. An der Hand der Krankengeschichte eines selbst beobachteten Falles befürwortet Verf. die Richtigkeit dieser Annahme, welche das Erfordernis einer Ligamentwirkung erübrigen läßt, die weder in der Embryologie noch in der Anatomie Anhaltspunkte bietet. Auch was die Fälle betrifft, in denen sich inguinale Ovarialhernien bei Mißbildung der weiblichen Genitalien finden, so gilt auch für diese komplizierteren Befunde, daß aller Wahrscheinlichkeit nach dieselbe Ätiologie eine Rolle spielt wie bei den einfacher gelegenen Fällen; d. h. es muß das Hauptgewicht auf das Vorhandensein eines Bruchsackes im Leistenkanale gelegt werden. Dasselbe gilt drittens auch für die im späteren Leben erworbenen Ovarialhernien. Auch bei ihnen ist die Möglichkeit einer Verlagerung des Eierstockes in früherer Zeit

schon vorhanden gewesen, wahrscheinlich ist aber die Gelegenheitsursache zu dem Ereignis, die Erhöhung des intraabdominalen Druckes, zufälligerweise ausgeblieben, vielleicht waren auch die Ligamente kurz und verhinderten so den Eintritt in den Leistenkanal zu dem günstigen Zeitpunkte.

Die cruralen Ovarialhernien entsehen meist im späteren Lebensalter, und für ihre Pathogenese sind dieselben Verhältnisse gültig wie für die inguinalen. Selten, bisher 4mal veröffentlicht, sind Ovarialhernien durch das Foramen ischiadicum.

Den Bruchinhalt bilden bei jugendlichen Individuen Eierstock und Eileiter gemeinsam, bei später erworbenen Hernien ist öfters der Eierstock allein im Bruchsacke gefunden worden. Daneben natürlich auch schon andere Organe: Darmschlingen, wie der normal oder pathologisch gestaltete Uterus. Die im Kindesalter entstandenen Ovarialhernien werden wegen des Wachstums des Organes in der Regel bald irreponibel.

Der in einem Bruche befindliche Eierstock schwillt meist bei jeder Menstruationsperiode an. Diese Fluxion wurde selbst dann beobachtet, wenn der Uterus mangelhaft entwickelt war. Häufig sind sehr heftige Schmerzen in der Zeit der Menses, wahrscheinlich deshalb, weil die letzteren ein chronisch entzündetes Organ treffen. Die Folge der abnormen Lage des Eierstockes kann ferner das leichte Auftreten einer Extra-uterin-Gravidität sein, weil das befurchtete Ei schwer in den Uterus gelangt. Jedenfalls wird aber die physiologische Funktion des Eierstockes durch seine Lage im Bruche nicht aufgehoben. Häufig sind Stieldrehungen des Organes, welche ebenfalls schwere, inkarzerationsähnliche Erscheinungen hervorzurufen vermögen; außerdem trifft man nicht selten eine cystische Degeneration des betreffenden Eierstockes.

Die Symptome der Ovarialhernien wechseln außerordentlich, so daß es nicht möglich ist, ein ganz typisches klinisches Bild aufzustellen. Am wichtigsten für die Diagnosestellung sind die eben beschriebenen periodischen Anschwellungen und Einklemmungserscheinungen des Bruchsackinhaltes, ferner neben seiner Form die Feststellung des Zusammenhanges von Uterus und Bruchinhalt, sei es vom Mastdarm, sei es von der Scheide aus. Meist ist zu dieser Untersuchung die Narkose erforderlich.

Was die Behandlung anlangt, so ist um jeden Preis ein funktionsfähiger Eierstock zu erhalten, d. h. zu reponieren. In einzelnen Fällen wird das durch Taxis geschehen können, zweckmäßiger wird meist die Herniotomie sein, welche Gelegenheit gibt, den Zustand des Organes zu untersuchen, um es durch den erweiterten Bruchring zu reponieren, falls es gesund ist, oder um es zu exstirpieren, falls eine cystische Entartung, Stieldrehung oder Abszedierung vorliegt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).



9) **A. Hagentorn** (Kowno). Bemerkungen über die weiße Linie und den Bruch der Bauchwand. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Dorpat.)

Inaug.-Diss., Dorpat, 1902.

Man ist gewohnt, die Diastasen der weißen Linie als Erwerbungen des späteren Lebens zu betrachten und sie auf Ausdehnung des Bauches durch Tumoren, Ascites, Schwangerschaft, gesteigerten intraabdominalen Druck u. a. zu beziehen. Verf. betont dem gegenüber, in Übereinstimmung mit früheren Erhebungen Koch's (s. Arb. der Klinik Hft. 1—5, Virchow's Archiv Bd. CLXIV), den kongenitalen Erwerb der Diastasen und weist auf die großen individuellen Schwankungen in Form und Breite der weißen Linie hin, wodurch die Aufstellung bestimmter Normen, trotz darauf abzielender Bemühungen seitens der Anatomen, unmöglich wird. Denn erscheinen bezüglich der Form ziemlich alle denkbaren Verhältnisse auch gegeben, so schwankt die Breite zwischen wenigen Millimetern und mehreren Zentimetern. Interessant ist dabei die Tatsache, daß die relative Breite der weißen Linie bei kleinen Kindern größer ist als bei Erwachsenen. Während bei Erwachsenen Lineae albae von 4—6 cm nicht häufig, solche von 6—8 cm schon ziemlich selten sind, müssen im Kindesalter Diastasen von 4—5 cm als sehr gewöhnliche Erscheinung betrachtet werden. Man wird also annehmen müssen, daß die Linea alba mit dem zunehmenden Alter relativ schmäler wird.

Bei tätiger Bauchpresse sieht man in einer Reihe von Fällen die Diastase sich vorwölben, in einer anderen im Niveau der übrigen Bauchdecken bleiben, in einer dritten einsinken. Verf. wagt nicht zu entscheiden, ob diese Vorwölbung besser auf angeborene größere oder geringere Schlaffheit der aponeurotischen Fasern der weißen Linie oder auf die größere Verschieblichkeit resp. Schlaffheit des Bauchfells im Gebiete der Diastase bezogen wird, hält aber letztere Auffassung für wahrscheinlicher. Neben dieser diffusen Form der Bauchfellvorwölbung im Bereiche der Diastase kommt eine zirkumskripte zur Beobachtung, d. h. es springt in der sonst straff gespannten Diastase ein ganz umschriebener Ausschnitt halbkugelförmig hervor. Diese Erscheinung ist nach Auffassung des Verf.s von prinzipieller Bedeutung, weil sie den Übergang bildet von den Diastasen zum Lochbruch, dem Bauchbruch im engeren Sinne. Denn wird bei der Diastase mit diffuser Bauchfellvorwölbung die Aponeurose der weißen Linie in ihrer ganzen Ausdehnung vorgetrieben, so nimmt die Durchtrittspforte bei der Diastase mit zirkumskripter Bauchfellvorwölbung nur einen beschränkten Teil der im übrigen straff gespannten Aponeurose in Anspruch, so daß nur ein scharf umschriebener Bezirk letzterer sich ausbuchtet. Ohne selbst eine Lücke darzustellen, kommt sie diesem, den Lochbruch charakterisierenden Zustande verhältnismäßig nahe. Im Gegensatz zu den beiden Endpunkten der Reihe, den Diastasen mit diffuser Bauchfellvorwölbung einerseits und dem Loch-

bruch andererseits, ist die Diastase mit zirkumskripter Bauchfellvorwölbung ziemlich selten. Durch Auswachsen der beiden einander gegenüberstehenden Typen, der Diastase und des Lochbruches, können dann große vordere Bauchwandbrüche entstehen; doch ist immer, auch bei ganz enormer Größe des Bruchsackes, der Ursprung des Bruches aus dem Umfange seiner Bruchpforte nachweislich, da letztere sich am Wachstum des Bruches nicht oder nur wenig beteiligt. So zerfällt die Kasuistik der großen vorderen Bauchwandbrüche in solche mit großer und solche mit kleiner Bruchpforte, erstere aus den Diastasen, letztere aus den kleinen Bauchwandbrüchen entstanden. Die Möglichkeit der Vergrößerung eines Bauchbruches gibt Verf. ohne weiteres zu, bestreitet aber, daß die Vergrößerung allein die Folge des intraabdominalen Druckes ist, da es Beobachtungen gibt, wo ein angeborener Bruch viele Jahre hindurch besteht, ohne an Größe zuzunehmen. Demnach müssen, wie es Koch zuerst gelehrt hat, im Falle des Wachstums besondere Komplikationen eintreten, die das Bauchfell krank und dadurch dehnbar machen.

Auf jeden Fall sind die großen Bauchbrüche nur die Weiterentwicklung angeborener Verhältnisse, in einem Falle der Diastase, im anderen des kleinen Bauchbruches. Denn auch letztere können, nach Anschauung des Verf.s, nur kongenital erworben sein, da jede andere ätiologische Spekulation, speziell unter Zuhilfenahme des Traumas und subserösen Lipoms, sich als unzulänglich erweist. Für diese Auffassung spricht auch der Nachweis angeborener Lücken im Bauchfell einerseits als willkommene Erklärung der bruchsackfreien Netzbrüche, andererseits als Stütze der Anschauung Koch's, nach welcher die Bauchwandbrüche auf die Metameren der Bauchmuskulatur und die Pori zwischen den Metameren zu beziehen sind.

Ebenso wie die vorderen Bauchwandbrüche müssen auch die seitlichen und Lendenbrüche nach Ansicht des Verf.s auf angeborene Lücken bezogen werden, soweit sie nicht schon bei der Geburt ausgebildet vorliegen, sondern erst später, mitunter sehr spät, in Erscheinung treten. Dieser letztere Umstand ist auf keinen Fall gegen den kongenitalen Erwerb der Brüche zu verwerten, weil sich der Nachweis liefern läßt, daß selbst bedeutende Lücken in der Bauchwand jahrelang bestehen können, ohne zur Bruchbildung zu führen. Fälschlich und in ätiologischer Beziehung zur Verwirrung führend ist die traumatische Ruptur der seitlichen Bauchwand zusammen mit der daran anschließenden größeren Wölbung der verletzten Bauch-Lendenseite, ein gar nicht so seltenes Ereignis, bisher immer als Hernie bezeichnet worden. Diese Form stellt natürlich eine Erwerbung vor.

(Selbstbericht.)

10) **G. Kelling.** Zur Resektion des karzinomatösen Magens.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

Verf., der auf Grund eines großen operativen Materiales und reichlicher Tierexperimente wohl berechtigt ist, zur vorliegenden Frage das

Wort zu ergreifen, hält die durchschnittliche Sterblichkeit bei Operationen wegen Magenkrebs auch heute noch für sehr hoch, etwa 40 bis 50 %. Wenn die Kocher'sche Methode der Magenresektion bessere Resultate aufweist als die zweite Billroth'sche, so liegt das daran, daß die erstere nur bei günstiger gelegenen Fällen anwendbar ist, während man bei schwierigerer Sachlage zur letztgenannten seine Zuflucht nehmen muß. Schwierigkeiten wird es immer bereiten, von vornherein zu bestimmen, ob ein Magenkrebs resezierbar ist oder nicht. Man wird also stets den Eingriff als Probelaparotomie beginnen, bei der man auch stets auf das gleichzeitige Vorkommen von Gallensteinen fahnden soll, um bei Beschwerden nach einer Resektion diese eventuell differentiell diagnostisch in Betracht ziehen zu können. Drüsen an der kleinen oder großen Kurvatur sind keine Gegenindikation gegen die Resektion, dagegen sind es Krebsknötchen im großen Netz. Sind die Ovarien verdächtig, so kann man ruhig die Magenresektion ausführen; nur muß man die Eierstöcke mit entfernen, welche dann oft die einzigen Metastasen des Karzinoms sind. Der schwierigste Punkt ist der, ob die Neubildung auf die größeren Blutgefäße der hinteren Bauchwand übergegangen ist. K. hat für diese Entscheidung eine eigene allerdings nicht ungefährliche Orientierungsprobe mit Abtastung der ganzen hinteren Magenfläche angegeben.

Unter den Todesursachen, welche bei der Magenresektion in Betracht kommen, spielt der reine Chok zweifellos eine Rolle. Zur Vermeidung desselben soll so wenig wie möglich am Magenstumpfe gezogen, jede Blutung rasch und sorgsam gestillt werden, außerdem möglichst die Narkose mit Äther zur Anwendung gelangen. Betreffs der Nachkrankheiten, welche nach dem Eingriff den Tod herbeizuführen vermögen, wie die Sepsis, die Peritonitis, Pneumonie usw., ist K. überzeugt, daß sie alle der Infektion des diaphragmatischen Raumes oder des Magenstumpfes während der Operation ihre Entstehung verdanken. An der Hand einer Reihe von Sektionsprotokollen zeigt er, daß Abszesse sehr häufig sich bilden und gerade den Raum ausfüllen, der durch Entfernung des Magenkrebses frei wird. Die Pleuritis und Pneumonie nach Operationen in der Nähe des Zwerchfells entstehen ihrerseits dadurch, daß die Bakterien vom Operationsterrain ins Blut gelangen, und zwar durch die Lymphgefäße in die Vena anonyma. Die Lungenkapillaren sind infolgedessen die ersten feineren Kapillaren, in denen sie hängen bleiben können, und wenn die Pat. nicht alsbald an Sepsis zugrunde gehen, dann kommt es wohl meist zur Ausbildung einer Pneumonie. Die leichte Absaugung der Infektionserreger aus dem subphrenischen Raum erklärt die Häufigkeit der Pneumonien bei der Resektion des Magens, abgesehen von der Kommunikation der Venae coronariae sinistrae mit den Speiseröhrenvenen, der Luftinfektion und abgesehen von reflektorischen Blutüberfüllungen der Lunge, welche eine Prädisposition für die Ansiedelung der Bakterien geben.

Bei der totalen Magenresektion sind die schlechten Resultate, die man bei ihr erzielt, nach Ansicht des Verf. dadurch veranlaßt, daß

die Nähte in der Speiseröhre nicht halten, und daß wir einen großen, leicht infizierbaren Hohlraum herstellen. Diesen Schwierigkeiten suchte er dadurch zu begegnen, daß er die Speiseröhre auf eine Prothese aufband, und dadurch, daß er den Hohlraum tamponierte und mit der von ihm angegebenen Aspirationsdrainage verband; schließlich dadurch, daß K. eine Dünndarmfistel zur Ernährung anlegte und ein besonders ausgeschaltetes Dünndarmstück zur Vereinigung mit der Speiseröhre benutzte. Diese an einer Abbildung verdeutlichte Darmausschaltung hat den Zweck, die Ernährung des Pat. unabhängig von der Vereinigung des Dünndarmes mit der Speiseröhre zu gestalten. Indessen alle diese komplizierten Versuche mißlangen, und K. gibt die Hoffnung auf, eine brauchbare Methode der Totalresektion des Magens zu finden, wie denn Verf. auch den Weg als ungangbar bezeichnet, durch Änderung der Operationsmethode und der Nachbehandlung die Infektion und damit die Sterblichkeit unserer operierten Magenkrebskranken stark herabzusetzen. Auch die weiteren Absichten K.'s, zu versuchen, ob es möglich sein wird, die eitrigen Krebsgeschwüre durch diätetische Mittel und medikamentöse Behandlung in reine Granulationen von geringerer Infektiosität zu verwandeln, dürfte er selbst wohl mit Skepsis betrachten.

Was die von dem Verf. geübte Operationstechnik anlangt, so sei aus der ausführlichen Beschreibung hervorgehoben, daß er den Magen nach Eröffnung der Bauchhöhle noch einmal entleeren läßt, und zwar durch Schlauch und Boas'schen Aspirator. Die Lichtung des Magenstumpfes verschließt er vor der Abtrennung der Geschwulstpartie durch Quetschung des Magens mit einer großen Zweifel'schen Quetsche. Durch das zusammengepreßte Gewebe wird dann eine fortlaufende, zurückgestochene und wasserdichte Catgutnaht angelegt, dann die Muscularis mit fortlaufender Seidennaht vernäht und darüber eine zweite Reihe von Knopfnähten angelegt. Bei langem Duodenalstumpf wird die Methode nach Kocher angewendet, sonst die hintere Gastroenterostomie bevorzugt. Bei fehlender Salz- und Milchsäure im Mageninhalt benutzt K. den Murphyknopf statt der Naht zur Gastroenterostomie, weil dadurch die Magenwände weniger infiziert werden. Zur Gastroenterostomie wird meist noch eine Enteroanastomose gefügt und vor Verschluß der Bauchhöhle das Netz auf den Magenstumpf oder bei der Kocher'schen Operation auf die Magenduodenalverbindung genäht. Die Rezidive nach der Resektion sind häufig. K. glaubt, daß manche dieser Fälle Neuerkrankungen darstellen, weil die Pat. rohe Eier zu essen bekamen, die nach seiner Ansicht ja eine große Rolle in der Krebsätiologie spielen, ebenso wie die Darreichung von rohem Hackfleisch. Durch eine rationelle Diät hofft er demnach auf Besserung der Resultate. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

11) **L. Bérard** et **R. Leriche.** Des sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle chez l'enfant.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 8 u. 9.)

Die Darmstenosen tuberkulösen Ursprunges bei Kindern beschäftigen die Chirurgen noch nicht lange, und die bezüglichen Publikationen reichen bis 1880 zurück. Den vier verschiedenen Formen tuberkulöser Darmerkrankungen, die zu Verlegung der Darmlichtung führen können, der harten Narbenstenose, der Tuberkulombildung, der Kombination von Darmgeschwür und plastischer Peritonitis, endlich den multiplen Stenosen begegnen wir auch im Kindesalter bis zu 12 Jahren; unter ihnen ist die zu dritt genannte Form als die häufigste zu betrachten. Von den zahlreichen Erscheinungen des recht wechselnden Symptomenkomplexes interessiert der Enterospasmus mit Okklusionserscheinungen auf tuberkulöser Basis, wie er von König, Jaboulay, Verff. und anderen beobachtet wurde, und der vielleicht als Vorläufer für die Invagination zu gelten hat — Fälle, die große Ähnlichkeit mit innerer Einklemmung boten und bei der Laparotomie keinen Befund ergaben: die Erscheinungen aber blieben aus.

Die tuberkulösen Darmengen sind nicht immer leicht zu erkennen; oft steht das Bild der (plastischen) Peritonitis bezw. der Gekrösdrüsentuberkulose im Vordergrund. Abmagerung, Koliken, Neigung zu Durchfällen oder solchen abwechselnd mit Verstopfung, blutige Stühle, Erbrechen, Meteorismen mit Ausbreitung nach den Seiten, Darmsteifungen usw. werden meist nicht fehlen und auf die rechte Fährte leiten. Diesen ernsten Symptomen gegenüber brauchen wir nicht tatenlos zu bleiben, da uns eine Reihe wertvoller Operationsmethoden, Enteroplastik, Enteroanastomose, Resektion und Exklusion zur Verfügung stehen, die alle ihre Indikationen auch im Kindesalter finden dürften und gefunden haben. In vielen Fällen jedoch, wo keine derselben verwendbar ist, kann auch die einfache Laparotomie als solche noch erheblichen Nutzen, Rückbildung der käsigen Massen und Heilung bringen.

Für die Literatur verweisen Verff. auf Patel, Thèse de Lyon 1902. In ihrer kurzen Aufzählung finden sich fünf deutsche Angaben mit sechs sprachlichen Fehlern! **Christel** (Metz).

---

12) **G. Fantino.** Beitrag zum Studium der Harn- und Gallensteine.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 1 u. 2.)

Unerläßliche Bedingung zur Steinbildung in den Harnwegen ist das Vorhandensein eines Fremdkörpers. Meist kommt ein organischer Kern, Zelldetritus, in Betracht. Die Verteilung der Steinkrankheit auf die einzelnen Länder und in diesen wieder auf die verschiedenen Provinzen ist eine wechselnde. Merkwürdig ist die Tatsache, daß in gewissen Ländern, wo Harnsteine selten sind, um so häufiger Gallensteine vorkommen. Das am häufigsten betroffene Alter ist das der

Kindheit. Bei Frauen sind Harnsteine seltener als bei Männern. Die Kürze und geradlinige Beschaffenheit der Harnröhre, ihre leichte Entleerung beim weiblichen Geschlecht spielen dabei wohl die Hauptrolle. Nach den Untersuchungen des Verf. ist es nicht selten, daß Harnsäure, Oxalat und Phosphat sich in einem Steine zusammenfinden; immerhin ist es häufiger, daß nur zwei dieser Bestandteile zusammen vorkommen. Die Blasenentzündung als sekundäre Folge des Steinleidens wird hervorgerufen durch die Kombination von Blasenverletzung und Infektion, sei es durch Katheterisation, sei es auf dem Blutwege.

Was die Operationsmethoden betrifft, so ist die Sectio perinealis wegen der Gefahr der Blutung und wegen anderer übler Folgen, wie Verletzung der Samenleiter, Incontinentia urinae, wohl im allgemeinen verlassen. Allerdings haben neuerdings einige Autoren, wie Harrison, Zuckerkandl u. a., die Lithotripsie von einem Perinealschnitt aus empfohlen; allein die Vereinigung dieser beiden langdauernden Eingriffe dürfte wohl keine große Zukunft haben, höchstens dürfte sie bei kleinen Steinen in Betracht kommen. Für die Lithotripsie an sich hat F. keine Vorliebe. Ganz besonders wenig eignet sie sich für die harten Steine, wie sie in Italien meist auftreten. Verletzungen der Blase, schädliche Rückwirkungen auf den Harnapparat sind bei ihr nicht selten. Außerdem sind häufig sehr lange und wiederholte Sitzungen erforderlich. Der hohe Blasenschnitt ist dagegen eine zweifellos günstige Operation; die anscheinend hohe Mortalität mancher Statistiken für dieselbe erklärt sich daraus, daß für sie im Gegensatz zu allen anderen Methoden gerade die schwersten Fälle reserviert werden; denn selbst Dittel sagt: Von 100 Steinkranken sind 70 mit jeder Operation zu heilen, 30 (die schweren) nur mit dem hohen Blasenschnitt. F. meint ferner, daß bei vielen Fällen die Dauer des Heilverfahrens bei der Lithotripsie keineswegs so kurz sei wie man annehme. Die Gefahren einer dauernden Fistel und eines Bauchbruches hält er bei der Epicystotomie für gering. Bezüglich der Operation ist zu erwähnen, daß Verf. sich zur Blasennaht des Catgut bedient. Zum Schutze der Naht wird ein Dauerkatheter eingelegt und zur Vermeidung seiner Verstopfung durch Blutgerinnsel eine Zeitlang ausgespült, bis kein Blut mehr aus der Blase nachsickert. Der Dauerkatheter wird 10 Tage lang angewendet. In jedem Falle wird der prävesikale Raum drainiert. Auch bei bestehender Blasenentzündung kann eine prima intentio der Naht eintreten, sofern man den Dauerkatheterismus anwendet und den prävesikalen Raum drainiert. Bei schwerer Blaseninfektion soll man die Blasendrainage selbst gebrauchen. Cystitis kann man vermeiden oder rasch heilen, wenn man mit lokaler Desinfektion noch die Darreichung alkalischer Wässer verbindet.

Was die Harnröhrensteine betrifft, so empfiehlt F. bei einem schwerer zu extrahierenden Konkrement, nicht die Urethra penis zu inzidieren, sondern den Stein womöglich in die Pars membranacea zurückzuschieben, da es nicht so leicht langdauernde Fisteln gibt, wenn man ihn an dieser Stelle mit Dammschnitt hervorholt.

Im letzten Teile der Arbeit beschäftigt sich Verf. in umfangreicher Weise mit dem Werte der Skiagraphie für die Diagnose der Steinbildungen. Er hat in dieser Hinsicht umfassende Untersuchungen gemacht und eine reiche Erfahrung gewonnen. Er konstatiert die enormen Fortschritte, die dadurch in der Diagnose der Steinbildungen im Harnapparate gemacht worden sind, ist aber der Ansicht, daß auch zurzeit noch die Erfolglosigkeit einer skiagraphischen Untersuchung nicht gleichbedeutend ist mit der Gewißheit des Nichtvorhandenseins eines Steines. Am zuverlässigsten, d. h. fast immer glückend, ist die Sichtbarmachung der Blasensteine. Nur sehr starke Korpulenz des bestrahlten Individuums kann das Resultat in Frage stellen. Bei Nierensteinen versagen die Röntgenstrahlen doch etwas häufiger. Interessant ist, daß man nach der Intensität des Schattens in annähernder Weise die Zusammensetzung und die Bestandteile eines Steines erkennen kann. Die Konkremente aus Kalziumoxalat sind ganz undurchlässig, weniger die aus Erdphosphaten, und am meisten lassen die aus Harnsäure, aus Ammonium- und Magnesiumphosphat die X-Strahlen durch. In der rechten Niere ist die Aufsuchung eines Steines infolge der Nähe der Leber schwieriger als auf der linken Seite. Verf. hält es nach seinen eigenen Experimenten auch nicht für unmöglich, Gallensteine in der Leber, im Choledochus, in der Gallenblase zu finden. Um diesen Zweck zu erreichen, sind aber Ausnahmezustände nötig, d. h. ein ziemlich mageres Individuum, Lage des Steines in nicht zu dichtem Parenchym, die Anwesenheit von Kalksalzen usw. Infolgedessen wird die Probe nur selten gelingen; am ehesten wird dies der Fall sein bei Konkrementen auf dem Grunde einer hypertrophischen kleinen Blase, welche über den Leberrand herausreicht. Das Aufsuchen des größten Teiles der Gallensteine wird auch in Zukunft tatsächlich fruchtlos sein, da es sich um viel durchsichtigere Konkretionen als das Leberparenchym selbst handelt. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

13) **Burmeister.** Über Saugpumpendrainage bei Pankreascyste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

B. behandelte eine Pat., welcher wegen einer Pankreascyste die Geschwulst in die Bauchwand eingenäht worden war. Im weiteren Verlaufe nach dem Eingriffe wirkte das abfließende Sekret auf die Bauchdecken in großer Ausdehnung verdauend, und kein angewandtes Mittel verhinderte diesen Mißstand. Verf verfiel deshalb auf den Gedanken, die Saugpumpendrainage anzuwenden, und es gelang ihm auch mittels des in einer Abbildung erläuterten Apparates sofort den gewünschten Erfolg zu erzielen. Das Sekret wurde dauernd abgesaugt, die Bauchdecken erholten sich rasch, und Pat. wurde beschwerdefrei. Mit dem Apparate ließen sich auch sehr gute Kochsalzausspülungen der Höhle bewerkstelligen. Das Bedenken, daß mit der atmosphärischen Luft pathogene Keime in die Wunde eingesogen würden, hat sich im vorliegenden Falle nicht als bedeutungsvoll erwiesen. An dem Apparat

ist ein Vakuummeter angebracht, um die Stärke des überhaupt erzielbaren Vakuums jederzeit messen zu können und um automatisch anzuzeigen, wenn die Öffnungen des Endstückes in der Wunde sich durch ein Gerinnsel oder durch Ansaugen der Wandungen der Höhle verstopfen sollten, um also dem Pflegepersonal sofort das ungenügende Funktionieren der Vorrichtung zu zeigen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Zur Technik des Gipsbettes.

Von

Dr. **Max Haudek,**
Vorstand der orthopäd. Abteilung am I. öffentl. Kinder-Kranken-Institut in Wien.

Einer der wichtigsten Behelfe bei der Behandlung der Spondylitis ist unstreitig das Gipsbett; im entzündlichen Stadium und insbesondere bei kleinen Kindern ist es unser einziges zuverlässiges Mittel. Für die Herstellung des Gipsbettes, sowohl des Reklinations- als Extensionsgipsbettes, ist die von Lorenz angegebene Technik die allgemein gebräuchliche. Bei einiger Übung bietet die Lorenz'sche Technik des Gipsbettes allerdings keine Schwierigkeiten, doch nimmt die Herstellung eines solchen immerhin ziemliche Zeit in Anspruch und wird desto schwieriger, um je kleinere Kinder es sich handelt, da diese sich bei der Anfertigung des Bettes ja meist recht ungebärdig benehmen. Besonders in solchen Fällen binden sich die ersten Bindentouren oft nur unvollständig und lösen sich dann ab, und bilden sich auch häufig an der Innenfläche des Bettes Falten und Unregelmäßigkeiten.

Diesen Übelständen begegne ich durch die von mir seit einiger Zeit geübte Technik und hat das nachstehend geschilderte Verfahren vor allem zwei Vorzüge: Erstens ermöglicht es eine sehr rasche Anfertigung des Bettes und zweitens zeigt dieses Bett eine vollkommen glatte und faltenlose Innenfläche.

Die Technik ist folgende: Ich schneide mir aus Stärkebindenstoff 9—12 Stücke, welche die gewünschten Dimensionen des Gipsbettes in der Länge und Breite jederseits um etwa 8—10 cm überragen. Ich fertige das Bett gewöhnlich so an, daß es von der Stirn-Haargrenze bis gegen die Mitte der Oberschenkel reicht und den Körper seitlich bis zur vorderen Axillarlinie umfaßt. Die einzelnen Bindenstücke werden gut mit bestem Alabastergips imprägniert, in Lagen von je drei geordnet und diese lose zusammengerollt. Ist alles vorbereitet, so wird der Patient auf die zu verwendende Lagerungsvorrichtung gelegt und die Wirbelsäule je nach Sitz und Beschaffenheit des spondylitischen Herdes und der beabsichtigten Einwirkung in Reklination oder Extension gebracht. Ich verwende einen Rahmen aus Rundeisenstäben, der am Operationstisch angebracht werden kann; im Rahmen sind verschiebliche Quergurten gespannt, die eine entsprechende Lagerung des Pat. ermöglichen. Kopf- und fußwärts sind Rollen für etwaige Extensionszüge angebracht.

Der Körper des Pat. wird gut eingefettet, über den Kopf kommt eine doppelte mit Öl durchtränkte Lage weißer Gaze. Die vorbereiteten Gipsbinden werden in der gewöhnlichen Weise zurechtgemacht und rasch hintereinander vom Kopfe zu den Füßen hin auf dem Körper abgerollt. Jede Lage wird dem Kopf und Körper mit den Handflächen gut angeschmiegt, und insbesondere werden am Halse sorgfältig die Kontouren herausgearbeitet; eventuell kann man die Binden hier seitlich etwas einschneiden. Die folgenden Lagen werden mit den vorausgegangenen durch

kräftiges Streichen gut gebunden, und muß insbesondere an den Seiten für exakte Adaptierung gesorgt werden. Die Teile der Gipsbinden, die überflüssig sind, werden umgeschlagen; die Umschlagstellen müssen besonders gut gebunden werden, damit sie nicht nachher, wenn das Überflüssige weggeschnitten wird, blättern; eventuell wird dann der Rand bei der Ausfertigung mit einer Gips- und Stärkebinde überwickelt und so ein guter Abschluß geschaffen. Für Kinder genügen 3—4, für Erwachsene 4—5 Binden; eine Verstärkung, besonders am Halsteile kann noch durch eingelegte Schusterspähne oder eine entsprechend gebogene Eisenschiene hergestellt werden. Das Gipsbett ist in 3—4 Minuten fertig und wenn der Gips gut war, meist nach einer weiteren Minute schon so weit hart, daß es abgehoben werden kann. Das Bett ist dann ein genaues faltenloses Negativ des Körpers, an dem sich die Kontouren genau abzeichnen, so daß dann die nötigen Ausschnitte leicht anzubringen sind. Will man auch noch die Beine in das Bett mit einbeziehen, so wird der entsprechende Teil der Binden in der Mitte längs durchgeschnitten und kann dann leicht den Beinen angeformt werden. Das Gipsbett fertige ich, wie schon vorhin erwähnt, direkt über dem Körper an, ohne Unterlage von Watte; die Betten sind immer genügend weit und können eventuell, ehe sie ganz hart werden, noch an den Rändern etwas auseinandergebogen werden. Die weitere Ausfertigung geschieht in der üblichen Weise. Die so hergestellten Betten wende ich nicht nur bei der Behandlung der Spondylitis, sondern auch in allen jenen Fällen an, in denen die Verordnung eines Gipsbettes indiziert ist. Die oben beschriebene Technik hat sich mir außerordentlich bewährt, so daß ich sie aufs angelegentlichste empfehlen kann.

II.

Ileus als Spätfolge von Appendicitis.

Von

Dr. V. Subbotitch in Belgrad (Serbien).

Das Auftreten von mechanischem Ileus (durch Bildung von Adhäsionen, Strängen u. dgl.) als Spätfolge von Appendicitis ist eine verhältnismäßig wenig gewürdigte Erscheinung.

Ich hatte Gelegenheit, einige hierher gehörige Fälle zu operieren, darunter einen, wo bei einem 20 Jahr alten, durch Laparotomie geheilten Bauer 10 Jahre nach überstandener Appendicitis ein akuter Ileus entstand infolge von Einklemmung einer Dünndarmschlinge unter einem strangförmigen Pseudoligament, welches vom Coecum, in der Nähe der Appendix einerseits, zur Wurzel des Mesenteriums des Dünndarmes andererseits zog. Die Appendix (durch Amputation entfernt) war in diesem Falle klein, hart, zeigte verdickte, schwielige Wände, an der Schleimhaut Narben. Ihr Mesenteriolum war fibrös, geschrumpft.

Außerdem, und dies scheint mir besonders beachtenswert, fanden sich am Peritoneum in der Nähe des Coecum, dann des kleinen Beckens und in der Nähe der Flexura romana vielfach Schrumpfungen und fibröse Stränge. An der Basis des Gekröses der Flexura sigmoidea war dieser Befund besonders deutlich. Die Fußpunkte der Flexur erwiesen sich als ganz nahe aneinander gerückt, so daß ich, um einem drohenden Volvulus vorzubeugen, mehrfach einzelne dieser Stränge zu durchtrennen und durch entsprechende Naht dieses Gekröse zu verbreitern gezwungen war.

Es ist klar, daß die Appendicitis in diesem Fall als sichere Ursache anzusehen ist, welche den 10 Jahre nach überstandener primärer Erkrankung aufgetretenen Ileus mit bedingt hat. Außerdem glaube ich, daß die an die Appendicitis sich anschließende chronische Peritonitis und Mesenteriitis retrahens, durch bedeutende Schrumpfung des Gekröses der Flexur und dadurch bedingte Annäherung der Fußpunkte dieser Darmschlinge, als ein ätiologisches Moment in Betracht zu ziehen

ist, welches event. zur Bildung eines Volvulus der Flexur, vielleicht auch anderer Darmabschnitte, wesentlich mit beitragen könnte.

---

14) **Coenen.** Über Gaumengeschwülste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

Verf. beschreibt drei Fälle von Gaumengeschwülsten, bei welchen er auf Grund der mikroskopischen Untersuchung als zweifellos annimmt, daß es sich um epitheliale Drüsengeschwülste handelt. Bezüglich deren Entstehung ist er der Ansicht, daß ein oder mehrere Keime des äußeren Keimblattes, die ursprünglich zur Bildung der Schleimdrüsen des Gaumens bestimmt waren, sich aus irgendeinem Grunde, vielleicht begünstigt durch die entwicklungsgeschichtlich komplizierte Gaumenbildung, abschnürten und als angeborene Geschwulstanlage lange latent blieben, um erst später in Wucherung zu geraten und Geschwülste zu bilden, welche eine Speicheldrüse vortäuschen und die als Adenokarzinome bezeichnet werden müssen.

In einem Nachtrage ist noch eine vierte Geschwulst beschrieben, welche zeigt, daß auch die Gaumengeschwülste, die nur einen plexiformen, zylindromatösen Bau zu haben scheinen, dennoch bei genauer Durchforschung an geeigneten Stellen die Drüsenstruktur bewahren und somit dieselbe Genese haben wie die ganz und gar drüsig gebauten Geschwülste, deren Zellen ihren Drüsencharakter nie verloren. Insofern ist diese Geschwulst eine gute Ergänzung für die drei anderen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

15) **N. M. Tereschenkow.** Multilokuläre Kiemengangscysten und Adenokystome akzessorischer Schilddrüsen.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Seit 20 Jahren besteht eine langsam wachsende Geschwulst — wie sich später herausstellte ein Lipom — auf dem Kopfe des jetzt 57jährigen Pat. Vor 12 Jahren entdeckte sein Arzt etwas oberhalb des linken Schlüsselbeines, lateral vom Kopfnicker, eine erbsengroße Geschwulst, die unausgesetzt wuchs, während neben ihr andere Knoten entstanden und alle untereinander verschmolzen. Seit einem Jahre zeigt die ganze Geschwulst lebhaftes Wachstum. Vor 5 Jahren endlich bemerkte Pat. 4 cm unter dem Rippenpfeilerrand am lateralen Rande des rechten Rectus eine Geschwulst in der Bauchwand. Seit einem Jahre stellten sich Schluck- und Atembeschwerden ein, Heiserkeit, nächtlicher, trockener Husten, Ameisenlaufen und lanzinierende Schmerzen im rechten Arme, gelegentlich Schwellen der Venen der rechten Hand, linksseitige Hemikranie.

Bei der Untersuchung fand sich eine glatte, fast knorpelharte Geschwulst in der Substanz des M. rectus. Am Halse wurde die linke Seite durch eine knollige, den Kehlkopf nach links verschiebende Geschwulst gewaltig verbreitert, deren Konsistenz in den verschiedenen Partien (hart bis fluktuierend) wechselte. Über der linken Lunge an zwei Stellen Dämpfung. Keine Drüsen. Diagnose: Struma cystica, ausgehend von einer akzessorischen Schilddrüse dicht über dem Schlüsselbein, mit Metastasen in der Bauchwand.

Mit Rücksicht auf den Gesamtzustand des Kranken und die ausgedehnten Verwachsungen wurde die Halsgeschwulst nur — etwa um die Hälfte — verkleinert durch Enukleation mehrerer Knoten. Schilddrüsengewebe wurde nicht gefunden. Die Exstirpation der Metastase machte keine Schwierigkeiten. Während aber die Wunde am Halse glatt heilte, bildete sich am Bauch ein Hämatom.

Nach eingehender histologischer Untersuchung wurde die Geschwulst für ein »Kystoma branchiogenes multiloculare papilliferum destruens« erklärt mit Metastase in der Bauchdecke.

In den nächsten Wochen nach der Operation wuchs die Halsgeschwulst bereits mächtig nach unter gleichzeitigem Kräfteverfall des Kranken.

V. E. Mertens (Breslau).



16) **Alessandri.** Divulsion in oesophageal strictures by means of a new instrument.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

A. erwähnt das von Eastmann in der Februarnummer der Annals of surgery 1904 angegebenen Ösophagus-Bougie. Dasselbe besteht aus einem filiformen biegsamen Stabe, an dessen distales Ende Bougies angeschraubt werden, dem jener ähnlich wie bei dem für die Harnröhre bestimmten Bougie à bout dem filiformen Bougie folgt. Von der internen Ösophagotomie mit Maisonneuve's Instrument ist A. kein Freund; ebensowenig verspricht er sich von den anderen inneren Ösophagotomen. Er glaubt dagegen, daß graduelles Erweitern der Ösophagusstriktur in ausgewählten Fällen zum Ziele führe. Zu diesem Zwecke konstruierte er ein aus zwei aneinander liegenden dünnen schmiegsamen Stäben bestehendes Bougie, dessen Stäbe nach Durchgleiten der Striktur vermittels einer Schraube zum Auseinanderweichen gebracht wurden.

Herhold (Altona).

17) **Wagner.** Über das Bruchband.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 3.)

Nachdem Verf. in dieser Arbeit der überaus spärlichen Literatur, die neuerdings über das Bruchband existiert, Erwähnung getan hat, spricht er sich entschieden gegen die fabrikmäßig hergestellten Bruchbänder mit konvexer Pelotte aus, die keineswegs die leicht austretenden Brüche zurückhalten, sondern im Gegenteil mit der Zeit die Bruchpforte vergrößern und dadurch das Leiden verschlimmern. Nur Bruchbänder mit flacher Pelotte garantieren wegen des gleichmäßigen Druckes auf den Bruchsack im Verlaufe des ganzen Bruchkanales einen guten Verschluß von Bruchpforte und Bruchkanal und lassen Heilung erwarten. Die Herstellung flacher Pelotten aus modellierbarem Materiale (Paraffin), die Verf. sehr warm empfiehlt, ist außerdem überaus einfach und im Erfolge sicher. **Hartmann** (Kassel).

18) **Warbasse.** Tetany, and foreign bodies in the stomach.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

Ein Mann pflegte professionell auf Schauplätzen alle möglichen Fremdkörper zu verschlucken. Er erkrankte nach einiger Zeit an mit Bewußtlosigkeit einhergehender Tetanie. Durch die erste Gastrostomie wurden aus dem Magen entfernt: 129 gewöhnliche Nadeln, 5 Haarnadeln, 2 Hufnägel, 12 Stahlnägel, 2 Schlüssel und 2 Uhrketten. Die Tetanie schwand; da Pat. sein Gewerbe fortsetzte, trat sie jedoch wieder ein, und er mußte zum zweiten Male gastrotomiert werden. Jetzt wurden entfernt: 7 Taschenmesser, 7 Türschlüssel, 7 Nägel, 1 Teelöffel, 1 Schuhknöpfer, 1 Nadel, 1 Messerklinge, 2 Uhrketten. Die Schleimhaut des Magens hatte fast gar nicht gelitten, der Pylorus war nicht verengt, der Magen nicht erweitert. Pat. wurde wiederum von seiner Tetanie befreit. Verf. glaubt in dem Fall einen Gegenbeweis gegen die Behauptung zu sehen, daß Tetanie eine Folge von Pylorusstenose und Magenerweiterung sei. **Herhold** (Altona).

19) **R. Morison.** Intestinal obstruction.

(Edinburgh med. journ. 1904. Juli u. August.)

An der Hand von 31 Fällen bespricht Verf. die Symptomatologie und Therapie des mechanischen Ileus. Als Ursache des Verschlusses wurde gefunden:

15mal Karzinom des Dickdarmes,
1mal Prostatasarkom mit Übergreifen auf den Mastdarm,
3mal tuberkulöse Strikturen,
1mal Meckel'sches Divertikel,
1mal multiple Divertikel der Flexura sigmoidea,
9mal peritonitische Verwachsungen und Stränge.

In einem Falle, welcher mit den Erscheinungen des Ileus, Verstopfung, Leibschmerzen, Erbrechen, Darmblutung einherging und ohne Operation zum Tode

führte, handelte es sich, wie die Autopsie bewies, um eine Granularatrophie der Nieren. 29 Pat. wurden operiert, von denen 11 im Anschluß an die Operation an Peritonitis starben.

Von den Karzinomen, welche zum Verschluß des Darmes geführt hatten, saßen 2 im Mastdarme, 7 in der Flexura sigmoidea, 2 im Colon descendens, 1 in der Flexura lienalis, 1 im Colon transversum und 2 in der Flexura hepatica. In 4 Fällen wurde das Karzinom der Flexura sigmoidea durch Resektion des Darmes entfernt, die Vereinigung erfolgte 3mal axial mittels Murphy- resp. resorbierbaren Morison-Knopfes, 1mal durch Implantation des quer durchschnittenen Dünndarmes in das untere Ende der Flexur. Von den auf diese Weise Operierten starben 3 an Peritonitis, da der Knopf resp. die Naht nicht gehalten hatte. Bei 4 Pat. war an eine radikale Entfernung des Karzinoms nicht zu denken, und wurde daher nur die Enteroanastomose mit Murphyknopf ausgeführt. Von diesen starb einer an Peritonitis. 8mal wurde die Coecostomie, 2mal die linksseitige Kolostomie gemacht. Ein Pat. (Coecostomie) starb infolge Gangrän des Darmes. In einem Falle handelte es sich um ein vom Magen auf das Colon transversum übergehendes, inoperables, strikturierendes Karzinom, das bereits in die freie Bauchhöhle perforiert war und den Tod des betr. Individuums zur Folge hatte.

Als Ursache der peritonitischen Verwachsungen und Strangbildung konnte 5mal eine Appendicitis, in einem Falle eine Salpingitis nachgewiesen werden. Bei einer Pat. hatte sich im Anschluß an eine Ovariotomie eine peritonitische Verwachsung gebildet, die zeitweise zur Knickung des Darmes führte. Pat. genas ohne Operation.

Wegen peritonitischer Verwachsungen wurde einmal der Dünndarm reseziert und axial mittels Catgutnaht vereinigt; es erfolgte Heilung. In drei (sämmtlich letal verlaufenden) Fällen war bei akutem Ileus eine Dünndarmkotfistel (Enterostomie) angelegt worden. Einmal wurde die Appendektomie und laterale Anastomose zwischen Ileum und Colon transv. mittels Morisonknopfes mit gutem Erfolg ausgeführt.

Das Meckel'sche Divertikel, welches bei einem 7jährigen Mädchen zur Strangulation des Dünndarmes führte, wurde exzidiert und dann die Darmöffnung durch die Naht geschlossen. Heilung.

Wegen multipler Divertikel der Flexura sigmoidea, wodurch bei einem 60jährigen Manne eine Geschwulst vorgetäuscht wurde, resezierte Verf. das Colon descendens und vereinigte die Darmenden axial mittels Naht. Der Mann ging an Peritonitis zu Grunde.

Wegen tuberkulöser Striktur des Dünndarmes bei einem 19jährigen Manne stellte M. eine Anastomose zwischen Dünndarm und Colon transversum mittels Murphyknopfes her; der Knopf blieb im Ileum liegen und mußte sekundär entfernt werden; ebenso erging es bei einer 49jährigen Frau, bei welcher wegen tuberkulöser Striktur des Dünndarmes die Darmresektion mit axialer Vereinigung durch Gummiringe (rubber rings) ausgeführt war. Auch hier mußten sekundär die Ringe entfernt werden. Bei einem 31jährigen Manne mit ausgedehnter Tuberkulose des Blinddarmes wurde letzterer in großer Ausdehnung samt den Verwachsungen entfernt und das stark dilatierte Ileum mit dem kollabierten Colon ascendens durch Murphyknopf vereinigt. In allen drei Fällen erfolgte glatte Heilung. Als sicherste Vereinigung des resezierten Darmes empfiehlt M. die seitliche Anastomose mit Naht.

Jenckel (Göttingen).

20) **Scudder.** Intra-abdominal torsion of the entire great omentum.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

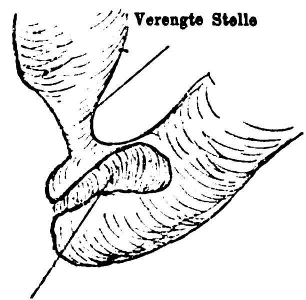
Bei Verdacht auf eitrige Appendicitis wurde die Laparotomie gemacht und eine totale Drehung des großen Netzes angetroffen. Das Netz war nicht brandig, jedoch dunkelrot mit stark gefüllten Gefäßen und sehr brüchig. Abbindung dicht unterhalb des Colon transversum. Bei den in der Literatur beschriebenen Fällen von Netzdrehung war die letztere immer von einer Hernie begleitet. In dem vor-



liegenden Falle war eine Hernie nicht vorhanden; eine Ursache für das Leiden ließ sich nicht feststellen. **Herhold** (Altona).

21) Cheyne. Intussusception of Meckel's diverticulum.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)



Gelegentlich einer wegen Ileus ausgeführten Laparotomie mußte ein Knäuel eingestülpten Darmes reseziert werden. Das Präparat zeigte eine wahrscheinlich angeborene Darmstenose, welche durch ein eingestülptes Meckel'sches Divertikel verlegt war und auf diese Weise den Ileus hervorgerufen hatte. Der operierte Pat. genas. In der Literatur vermochte C. 16 Fälle von eingestülptem Divertikel zu finden.

Herhold (Altona).

22) W. Heine (Dresden). Über Darm-Blasenfisteln infolge von Darmdivertikeln.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XV. Hft. 8 u. 9.)

H. beschreibt einen Fall von Vesico-Intestinalfistel bei einer 59jährigen Frau. Die Probelaparotomie (Dr. Hänel, Dresden) ergab, daß die Flexura sigmoidea mit der Blase verwachsen war und an der Verwachsungsstelle eine harte Geschwulst bildete, die als Karzinom imponierte. In der Nähe saßen unter der Serosa rundliche Knötchen von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße, von denen eines exzidiert wurde, und dessen mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um kleine Darmdivertikel handelte. Bei einer zweiten Laparotomie wurde die Blase von der Flexur getrennt, wobei beide Hohlorgane eröffnet und sorgfältig durch Etagennähte wieder geschlossen wurden. Ausgiebige Tamponade der Bauchhöhle, Dauerkatheter. Der Urin bleibt nach der Operation frei von Formelementen, aus der Bauchhöhle geht am 24. Tage nach der Operation etwas Kot ab. Auch bei der Entlassung bestand noch eine kleine Wunde; die Harnbeschwerden hatten aufgehört.

Verf. hat in der Literatur noch sieben ähnliche Fälle auffinden können, die mit Ausnahme von zweien alle der neueren Zeit angehören, aus welchem Umstande sich schließen läßt, daß Divertikel häufiger, als man bisher glaubte, zu Vesico-Intestinalfisteln führen können, und daß früher auch bei Autopsien oft nicht die richtige Diagnose gestellt wurde, indem man den mit Divertikeln besetzten und durch entzündliche Veränderungen verdickten Darm für Karzinom ansah. In den von H. gesammelten Fällen saßen die Divertikel siebenmal an der Flexur, einmal im Mastdarm; immer handelte es sich um falsche Divertikel; fünfmal waren sie multipel, einmal fand sich nur eins. Die Symptome unterscheiden sich in nichts von denen bei Blasen-Darmfisteln anderer Ätiologie. Die Diagnose wurde erst bei der Sektion oder bei der Operation gemacht. Drei Fälle wurden intern behandelt, ohne geheilt zu werden; die Laparotomie mit Aufsuchen der Fistel und Verschluß der Öffnung wurde dreimal vorgenommen; zweimal trat Heilung ein, einmal stellte sich die Fistel wieder her, und es wurde eine Kolostomie gemacht; doch erlag Pat. einer interkurrenten Pneumonie. Auch ein zweiter Fall, wo primär die Kolostomie ausgeführt wurde, endete tödlich. Die Operation der Wahl ist die Freilegung der Fistel von der Bauchhöhle aus (bei tiefem Sitze vom Damme her) und Vernähen der Öffnungen. Als Palliativoperationen kämen die Kolostomie und die Enteroanastomose in Betracht. **Fr. Brunner** (Zürich).

23) **R. R. Wreden.** Drei Fälle operativer Heilung von Cholelithiasis.
(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

1) Die 33jährige Pat. litt ca. 14 Tage an fieberhaften Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. Sie war nie gelbsüchtig gewesen und hatte nie ähnliche Schmerzen gehabt. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus hatte sie neben einer Temperatur von 40,2 ein großes, schmerzhaftes Infiltrat im rechten Hypogastrium. Der Schnitt (8. Juli) parallel dem Lig. Pouparti führte auf den »infiltrierten Wurmfortsatz«, der reseziert wurde. Bei dem Versuche, die reichlichen Verklebungen in der Umgebung zu lösen, ergoß sich plötzlich von oben her eine beträchtliche Menge Eiter, in dem ein runder Gallenstein mit einer Facette gefunden wurde. Tamponade. Heilung bis auf eine Fistel, aus der sich zuletzt nur Schleim entleerte. Im September begann die Fistel unter Schmerzanfällen galligen Eiter zu entleeren. Am 16. Oktober Operation in der Überzeugung, daß noch ein Stein vorhanden sein müsse; die stark erweiterte Gallenblase war mit der Bauchwand verwachsen. Ein derber Narbenstrang zog von hier zu der unten gelegenen Fistelöffnung. Die Blase, die Galle, jedoch keinen Eiter enthielt, wurde geöffnet und nach Entfernung des ebenfalls nur eine Facette aufweisenden Steines wieder vernäht. Exzision des den Fistelgang enthaltenden Narbenstranges. Bauchnaht. Die Heilung wurde verzögert durch Fasciennekrose an der Bauchnaht. Pat. wurde am 2. März entlassen.

2) Vor 5 Jahren hatte die jetzt 29jährige Pat. einen einzigen, schweren Anfall von Gallenkolik mit Ikterus. Nach 4 Monaten völligen Wohlbefindens plötzlich unter Temperatursteigerung Schmerzen oberhalb der Symphyse, 1½ Wochen später entleerte Pat. eine beträchtliche Menge Eiter durch die Harnröhre. Einige Zeit darauf brach ein Abszeß in den Nabel durch. Da in der Tiefe der sich entwickelnden Fistel Steine zu fühlen waren, wurde inzidiert, und es gelang, 36 Gallensteine zu entfernen, worauf Pat. schnell genas. Vor einem Jahre mußte zwischen Nabel und Symphyse inzidiert werden, wobei eine glattwandige Höhle mit schleimigem Inhalte gefunden wurde. Da sich abermals eine — gegen die Gallenblase gerichtete — Fistel bildete, wurde operiert: der Fistelgang war wieder in einen narbigen Strang eingebettet. In der Gallenblase und im Cysticus ließen sich deutlich Steine fühlen. Wegen starker Verwachsungen war die Cystektomie unmöglich, die Blase wurde deshalb inzidiert, nach Entleerung der Steine tamponiert und in die Bauchwunde eingenäht, der Fistelgang freigelegt und ebenfalls tamponiert. Der Verlauf war ungestört, doch wurde Pat. mit einer Gallenfistel entlassen.

Im dritten Falle handelte es sich um eine glatt verlaufende Cystektomie.

Bemerkt sei noch, daß W. in allen Fällen den Schnitt vom Rippenpfeilerrand am lateralen Rande des rechten M. rectus entlang bis in die Höhe des Nabels führte.
V. E. Mertens (Breslau).

24) **M. A. Hallet.** Les perforations spontanées de la vesicule biliaire calculeuse dans la cavité péritonéale libre.
(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1904. Nr. 5.)

H. vermehrt die vom Ref. im vorigen Jahre zusammengestellte Kasuistik um vier weitere Fälle. Zwei Kranke hat H. selbst operiert.

Fall 1: 45jährige Frau, litt seit 2 Jahren mehrfach an Magenkatarrh. 8 Tage vor der Operation neuer Magen-Darmkatarrh mit Schmerzen in der Gallenblasengegend, Erbrechen und leichtem Ikterus. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus: Facies abdominalis; Puls 100, ziemlich kräftig, Temperatur 38°, Leib aufgetrieben, überall etwas schmerzhaft, stärker in der Gallenblasengegend. Kein Stuhlgang, keine Winde. — Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigten sich die Darmschlingen gerötet, aufgetrieben, mit Galle und Fibrin bedeckt. Zwischen Gallenblase und Colon transversum lagen vier facettierte Gallensteine. An der Unterfläche der Gallenblase fand sich ein 1 cm langer Riß, aus dem sich trübe Galle entleerte. Nach Erweiterung der Wunde wurde eine größere Anzahl Gallensteine entfernt. Annähung der Gallenblase. Tamponade und Drainage der Bauchhöhle. Nach

4 Tagen verschwand das Fieber. Die Schmerzhaftigkeit des Bauches ging rasch zurück. Heilung nach etwa 3 Monaten.

Fall 2: 50jährige Frau, die seit 13 Jahren Gallensteinkoliken hatte. Am 17. Juni 1903 neuer Anfall. Befund am 18. Juni: Puls 100, Temperatur 37°. Leib im Bereiche der Gallenblase schmerzhaft. Gallenblase orangengroß fühlbar. Im Laufe des Tages Erbrechen. Pulsfrequenz steigt auf 120, Temperatur subnormal. Bauch leicht aufgetrieben. Schmerzhaftigkeit in der rechten Oberbauchgegend. — Operation: Nach Eröffnung des Bauches entleerte sich gallige Flüssigkeit. An der Gallenblasenkuppe fand sich eine kleine Perforationsöffnung, in ihr ein Gallenstein. Nach Erweiterung der Öffnung wurden zahlreiche Gallensteine entfernt. Annähung der Gallenblase an die Bauchdecken. Drainage der Gallenblase. Tamponade der Bauchhöhle, teilweise Bauchdeckennaht. Baldige Genesung.

Die Mitteilung von Thiel (3. Fall) ist den Lesern des Zentralblattes bekannt.

Der 4. Fall ist von Roersch in den Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège, 1904, Nr. 2 mitgeteilt und wurde von v. Winiwarter operiert.

Die 67jährige Frau bot früher nie Zeichen einer Cholelithiasis. Sie bekam plötzlich heftige Leibschmerzen. Es stellte sich Brechneigung ein. Die rechte Bauchseite war sehr schmerzhaft. Am nächsten Tage war der Bauch aufgetrieben und überall schmerzhaft. Es bestanden die Zeichen eines Darmverschlusses. Bei der nach etwa 24 Stunden vorgenommenen Laparotomie waren die Darmschlingen aufgetrieben. In der Bauchhöhle fand sich Galle. Die kleine Gallenblase hatte ein großes Loch, in welchem ein Gallenstein lag. Trotz Tamponade und Drainage der Bauchhöhle starb die Kranke 20 Stunden nach der Operation.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch über einen hierhergehörigen Fall berichten, den v. Burckhardt operiert hat. Er ist in einer Arbeit v. Burckhardt's »Über akute fortschreitende Peritonitis usw.«[1] eingeflochten und kaum auffindbar. Mir war er entgangen, und ich wurde erst durch den Verf. in dankenswerter Weise darauf aufmerksam gemacht.

Die Kranke war 36 Stunden vor der Aufnahme in das Krankenhaus mit »Magenkrämpfen« erkrankt, die sie schon mehrfach gehabt hatte. Es stellte sich Erbrechen ein, die Schmerzen wurden heftiger.

Befund: Die Gesichtszüge waren verfallen und erinnerten lebhaft an den abdominalen Habitus, Respiration frequent und mühsam. Temperatur 39,5, Puls gegen 100, ziemlich voll. Bauch in der rechten Hälfte stark gespannt, unten mehr oder weniger druckempfindlich. — Die seit langer Zeit bestehenden Magenkrämpfe veranlaßten — beim Fehlen anderer Anhaltspunkte — zur Annahme einer Gallenblasenoperation. — Etwa 18—20 Stunden nach der Aufnahme ins Krankenhaus wurde die Laparotomie ausgeführt. In der Bauchhöhle fand sich trübe, galliggefärbte Flüssigkeit. Die Gallenblase hatte an ihrem vorderen Umfang ein kaum pfennigstückgroßes Loch mit gangränösen Rändern. Aus der Gallenblase quoll ikterischer Eiter, es wurden eine Unmasse Gallensteine aus ihr entfernt. Einnähung eines Drainrohres in die Gallenblase. Drainage und Tamponade der Bauchhöhle.

Unmittelbar hinterher Aufhören der Schmerzen und Besserung des subjektiven Befindens. Temperatur abends auf 36,6° gesunken, Puls auf 80 zurückgegangen. Am anderen Tage 38,6°, vom 4. Tag an normale Temperatur. Die ersten Blähungen erfolgten nach 24 Stunden, etwas später erfolgte auf Glyzerinklysma Stuhl. 11 Wochen nach der Operation waren die Wunden geschlossen. Pat. ist wohl geblieben.

Es liegen somit 16 operierte Fälle von Perforation der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle vor; 4 sind gestorben, 12 geheilt.

Neck (Chemnitz).

25) D. Mann. Obstruction of the inferior vena cava.

(Edinburgh med. journ. 1904. Juli.)

Eine 27jährige Frau, welche aus gesunder Familie stammte und 5 Jahre lang wegen Anämie behandelt war, bekam 4 Wochen nach einer mit starker Blutung

---

[1] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 377.

einhergehenden Entbindung Schmerzen im Leibe, Rücken und in der rechten Hüfte; letztere war auch stark geschwollen. Die Leibschmerzen waren nur im Epigastrium vorhanden. 14 Tage später Ascites, welcher dreimal durch Punktion entleert wurde. Die oberflächlichen Bauchvenen waren stark geschwollen, nach der Entleerung des Ascites konnte die Leber als stark vergrößert durchgefühlt werden. Erbrechen nur in der ersten Zeit, aber nicht regelmäßig. Kein Ödem der Beine, zweimal wurden im Harne Spuren von Eiweiß gefunden, sonst war der Urin frei von Albumen. Die Verdauung war normal. 9 Wochen später Tod. Die Autopsie ergab neben ausgedehnter chronischer Peritonitis und Heraufdrängung der Brustorgane durch den Ascites beiderseitige Hydronephrose, Verdickung der Harnleiter, Verwachsung der Leber mit dem Zwerchfelle, der rechten Niere, dem Colon transversum und dem Magen. Die Leber bot das Bild der roten Atrophie mit ausgedehnter Thrombose der Lebervenen. Die Vena cava inferior hatte einen unregelmäßigen Verlauf, die adventitielle Scheide war verdickt; in der Höhe der rechten Nebenniere lag das Gefäß zwischen den Verwachsungen der Leber mit dem Zwerchfelle, die Lichtung hier teilweise durch einen organisierten Thrombus verschlossen, im übrigen aber frei.

Verf. meint, daß die Peritonitis das Primäre gewesen sei, die sekundär zur Periphlebitis und Endophlebitis der Vena cava inferior sowie der größeren Pfortaderäste geführt habe. **Jenckel** (Göttingen).

26) T. Jonnescu (Bukarest). Multiple abdominale und pelviale Hydatidencysten.

(Soc. de chir. in Bukarest, Sitzung vom 14. April 1904.)

Es handelte sich in diesem Fall um eine 30jährige Frau, die J. vor 3 Jahren an einer kindskopfgroßen, mit der Bauchwand verklebten Echinokokkuscyste der Leber operiert hatte. Bei der Inzision des Bauchfelles wurde auch die Blase eröffnet, und ein Teil des Inhaltes, einige Blasen und etwas Flüssigkeit, flossen in die Bauchhöhle. Die Heilung verlief anstandslos, aber 3 Jahre später stellte sich Pat. mit vielfachen Bauchgeschwülsten wieder vor. Die vorgenommene Operation ergab das Vorhandensein zahlreicher, bis orangengroßer Echinokokkencysten an verschiedenen Stellen des Bauchraumes, unter der Leber, an der Bauchwand, außerdem in jedem Lig. latum eine orangengroße, mit der Gebärmutter fest verwachsene Cyste. Es wurde die totale Kastration vorgenommen, da auch sonst die Organe chronische, krankhafte Veränderungen zeigten. Die Heilung erfolgte auch diesmal anstandslos. J. ist der Ansicht, daß diese Cysten auf dem Wege der direkten Impfung entstanden sind, daß aber die intraligamentären Blasen wegen ihrer subperitonealen Lage auf einer Infektion von seiten der Blutbahn zurückzuführen sind.

In der folgenden Diskussion sprach Cohn die Ansicht aus, daß auch die als intraligamentär angesehenen Cysten doch auf dem Wege der direkten Impfung entstanden seien, da derartige Gebilde, selbst wenn sie sich auf dem Bauchfell entwickeln, doch mit der Zeit eine Hülle von Pseudomembranen erhalten, welche dann den Anschein erwecken, als ob es sich um eine subseröse Entwicklung gehandelt hätte. Die genaue Diagnose wäre in solchen Fällen nur auf mikroskopischem Wege zu stellen. **E. Toff** (Braila).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 8. **Sonnabend, den 25. Februar.** **1905.**

1) J. Sobotta. Grundriß der deskriptiven Anatomie des Menschen. II. Abteilung: Die Eingeweide des Menschen einschließlich des Herzens.

München, J. F. Lehmann, 1904.

2) J. Sobotta. Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. II. Abteilung.

(Ebenda.)

Die beiden sich gegenseitig ergänzenden Bücher (Text und Atlas) stellen ein musterhaftes, wertvolles Lehrbuch der normalen Anatomie

dar. Während die wörtliche Darlegung bei knapper, übersichtlicher Form alles Wissenswerte in möglichster Vollständigkeit mit Berücksichtigung neuer Forschungsergebnisse bringt, begleiten den Atlas nur kürzere Textworte. Die Abbildungen im Atlas sind von wunderbarer Schönheit und Klarheit; ja von künstlerischem Wert. In vortrefflicher Auswahl wechseln halbschematische mit naturgetreuen Bildern, die fast sämtlich in natürlichen Farben gehalten sind; nur einige sind schwarz gehalten, vereinzelte schematisch koloriert. Mit überraschender, erschöpfender Vielseitigkeit sind in den einzelnen Kapiteln immer wieder neue Durchschnittbilder und Ansichten in verschiedener Richtung gebracht, was bei der Eingeweidelehre besonders bedeutungsvoll ist und das Buch gerade für den Chirurgen so wertvoll macht. Wo es angängig war, sind die Namen in oder neben die Figuren eingetragen, sonst finden sich Erklärungsfiguren, Schemata daneben. Auf diese Weise ermöglicht der Atlas eine sehr schnelle Orientierung und darf daher gleichen Wert als Lehrbuch, wie als Nachschlagebuch beanspruchen. Die Bilder stammen von Herrn Maler K. Hajek.

Das Werk kann somit lebhaft empfohlen werden.

Schmieden (Bonn).

3) O. v. Schroen. Der neue Mikrobe der Lungenphthise und der Unterschied zwischen Tuberkulose und Schwindsucht.

München, **Carl Haushalter,** 1904.

v. S., ord. Professor der pathologischen Anatomie in Neapel, veröffentlicht in Form eines Vortrages die Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Ätiologie der Tuberkulose und Schwindsucht.

Zunächst demonstriert er an zahlreichen Mikrophotogrammen, daß die käsigen Massen in den Lungen der Phthisiker, die man bisher entweder als käsige Pneumonie oder als nekrotisches Lungengewebe anzusehen pflegte, zum größten Teile nichts anderes sind als eine hochorganisierte Parasitenmasse.

Es handelt sich dabei um einen arboreszierenden, fruktifizierenden, später verschleimenden und verkäsenden Fadenpilz, der hinsichtlich seiner Klassifikation zwischen den Hyphomyceten und Streptotricheen zu stehen scheint. Er ist der Erzeuger der Phthise. Er verzehrt vor allem die roten Blutkörperchen, dann auch die Gefäßendothelien. Durch den Zerfall der verkästen und verschleimten Massen entstehen die Kavernen.

Tuberkulose und Phthise sind zwei auch ätiologisch ganz verschiedene Prozesse; erstere wird vom Tuberkelbazillus, letztere von dem neuen Mikroben erzeugt.

Der Tuberkelbazillus selbst ist auch kein einheitliches Gebilde, sondern nur ein Ring in einer großen Kette einer polymorphen Pflanze, welche die Tuberkulose hervorruft. Er kann sich so lange virulent im Körper halten, weil er sehr resistente Kapseln besitzt.

Die Phthise ist das Sekundäre, die Tuberkulose das Primäre. Meist arbeiten beide einander in die Hände, in seltenen Fällen vernichtet der Phthiseerreger den Tuberkelbazillus.

Der Tuberkelbazillus hat einen spezifischen Kristall, an dem man die beginnende Tuberkulose diagnostizieren kann, bevor Tuberkelbazillen im Sputum erscheinen; es handelte sich um einen Rhombus, dessen Auffinden in Lunge und Sputum keine Schwierigkeiten macht.

Auch der Mikrobe der Phthise erzeugt einen Kristall, ein stark polarisierendes Prisma, dessen Auffinden in der Lunge leicht, in der Kultur und im Sputum schwer ist.

Der bisher mangelhafte Erfolg der Serumtherapie erklärt sich daraus, daß die Sera nur von den Toxinen des Tuberkelbazillus abgeleitet wurden. **M. v. Brunn** (Marburg).

---

4) **W. Ford Robertson** und **H. Wade.** Researches into the etiology of carcinoma on the presence of plasmodiophorae in carcinomatous tumors and the successful culture of the parasites.

(Lancet 1905. Januar 28.)

Der von Verff. in Edinburg bei Karzinom gefundene und gezüchtete Parasit verhält sich vollkommen analog dem Parasiten der Kohlhernie, der Plasmodiophora brassicae. Die ausgedehnten Untersuchungen der Verff. erstreckten sich zunächst auf den Kohlhernienparasiten, den sie in sieben verschiedenen Entwicklungsphasen verfolgen und kulturell untersuchen konnten. Sodann wiesen Verff. sehr verschiedenartig aussehende Körperchen bei Karzinom nach; diese wurden dann schließlich durch Kulturverfahren völlig analog den Phasen des Kohlhernienparasiten rubriziert. Der Nachweis des Parasiten geschah mit der Silbermethode und Goldtonung, der nach Bedarf eine Methylviolett-Gegenfärbung folgte. Die genaue Beobachtung des granulierten und postgranulierten Stadiums des Parasiten bildet nach den Verff. die Lösung für diesen spezifischen Parasitismus für Karzinom. — Die beobachteten Entwicklungsphasen beider Plasmodiophorae sind tabellarisch zusammengestellt gezeichnet. In zehn Mikrophotographien werden die Körperchen z. T. aus Schnitten von Kulturen demonstriert. Gezüchtet wurden die Parasiten von frischoperierten, mit allen Kautelen behandelten Mamma- und Intestinalkarzinomen. — Negativ blieben bislang alle Kulturversuche aus Sarkom. — Eine genaue Beschreibung des angewandten Ammonium-Silberprozesses und der Palladium-Goldtonung sind als Anhang der interessanten Arbeit beigegeben. — Ob uns diese Arbeit, sicherlich das Produkt vieler Sorgfalt und Mühen, auf dem bislang so wenig geklärten Gebiet einen Schritt weiter bringt?

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

5) **A. Chipault.** Chirurgie nerveuse d'urgence.

Paris, **J.-B. Baillière et fils,** 1904. 96 S.

Verf. hat in diesem Bande der Actualités médicales die dringlichen Fälle der Chirurgie des Nervensystems geschickt herausgehoben und übersichtlich zusammengestellt, so daß sein Werkchen als ein guter Führer auf diesem schwierigen Gebiet gelten kann.

Im ersten Teile bespricht er die verschiedensten Hilfsmittel zur Narkose und Operation, wobei er die besonderen Abweichungen bei den Nervenoperationen genau kennzeichnet. Als Anästhetikum der Wahl betrachtet er das Chloroform, da es eine relative Blutleere des Gehirns bewirkt, welche die Blutungsgefahr bei Schädeleröffnungen herabmindert. Zur Bekämpfung der Blutungen aus den Venen der Diploe empfiehlt er als letztes Mittel, die Knochenöffnungen mit einer Masse aus 6 Teilen Wachs, 2 Teilen Öl und je 1 Teil Antipyrin und Thymol auszufüllen.

In den übrigen drei Abschnitten erörtert C. die bei Verletzungen und infektiösen Erkrankungen nötigen Eingriffe am Schädel und Gehirn, an Wirbelsäule und Rückenmark und an den peripheren Nerven. Auch die Frage des Transportes und der ersten Versorgung wird an geeigneten Stellen berührt. Die besonders häufig vorkommenden Fälle werden in allen praktisch möglich werdenden Einzelheiten besprochen. Kurze anatomische Vorbemerkungen werden jedem der drei Teile vorangeschickt. Ausspülungen des Gehörganges bei Basisfrakturen, die Verf. empfiehlt, werden wohl von der Mehrzahl der Chirurgen nicht mehr angewandt. Recht ausführlich sind die otitischen Affektionen des Warzenfortsatzes, Schädels und Gehirns, die ja oft schnelle Hilfe erheischen, abgehandelt.

Das Buch würde sich in Notfällen noch brauchbarer erweisen, wenn ihm Abbildungen beigegeben wären. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

6) **Winiwarter.** Untersuchungen über die Einwirkung von Alkoholverbänden auf Entzündungsprozesse in der Haut.

(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Festschrift für Rudolf Chrobak.) Wien, **Alfred Hölder,** 1903. 26 S., 2 Abbild.

W. hat die von Plato begonnenen Versuche nach dessen Tode fortgesetzt und nun die Gesamtergebnisse veröffentlicht. In vier Versuchsreihen wurde versucht 1) eine Verzögerung des Infiltrates zu erzielen, 2) ein bestehendes Infiltrat zu beseitigen, 3) die Wirkung des Alkohols zu steigern und 4) die üblen Nebenwirkungen des Alkohols zu beseitigen, beziehungsweise zu vermindern. In den ausgesprochenen Versuchen der ersten Reihe — die Versuchsanordnung selbst, sowie die Einzelheiten des makro- und mikroskopischen Befundes müssen im Original eingesehen werden — lag die ganze Reaktion des Gewebes in einer hochgradigen Transsudation ohne jegliche Beihilfe von Leukocyteneinwanderung, so daß kein Zweifel darüber bestehen konnte,

daß der Alkoholverband eine hemmende Wirkung auf das Infiltrat ausgeübt. Die stärkste Reaktion wurde mit absolutem und 96%igem Alkohol erzielt; 10% Alkohol ergab keine nachweisbare Einwirkung. Durch Kombination mit heißen Breiumschlägen, Salizylsäure und Resorcin kann der Einfluß des Alkoholverbandes gesteigert werden, während Seifenspiritus entzündungsvermehrend wirkt. Die gleichzeitige Anwendung von Zinkpaste oder 10%igem und 20%igem Glyzerin beseitigt die Nachteile des Alkohols, schwächt aber dessen günstige Wirkung in jeder Hinsicht ab. **Dettmer** (Bromberg).

---

7) **Kieffer.** A new material for sutures and ligatures.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. November 19.)

Die langen Flexoren- und Extensorensehnen an den Beinen der großen Sumpfvögel, speziell der Kranicharten, bieten ein sehr gutes Material zu resorbierbaren Nähten und Unterbindungen. K. hat besonders die Sehnen von Ardea herodias (blauer Kranich) occidentalis, Grus canadensis et americana geprüft. Die Festigkeit dieser etwa 30—45 cm langen Sehnen ist recht bedeutend — im Durchschnitt reißen sie erst bei 30 Pfund Belastung; auch an geknoteten Stellen erlitt die Festigkeit keine Einbuße. Die Fasern dieser Sehnen verlaufen in der ganzen Länge parallel, im Gegensatze zur Kängurusehne, die häufig schräge Faserzüge aufweißt; die Kranichsehne ist platt und daher leicht einzufädeln. Die Gewinnung kann fast aseptisch gestaltet werden, Jodsterilisation nach Claudius erhöht ihre Festigkeit noch. In einigen Fällen von Amputation hat Verf. die Sehnen als Unterbindungs-, in Fällen von Hernienradikaloperation als Nahtmaterial gebraucht. Gerade zu Nähten, die nicht schnell resorbiert werden sollen, sind sie nach seinem Berichte sehr brauchbar. Bei einem Bruchoperierten konnte die tiefe Naht noch über 4 Wochen nach der Anlegung gefühlt werden. Bei Hundeversuchen waren schwächere nach 6 Wochen völlig verschwunden, stärkere sehr verdünnt, hatten aber doch noch Zugfestigkeit von etwa 5 Pfund. Obwohl er nur die Sehnen weniger in Amerika heimischer Sumpfvögel probiert hat, hält Verf. die der meisten größeren ihrer Art für brauchbar und weist auf diese überall vorkommenden Vögel auch als Hilfsmittel in der Not, z. B. für den Militärarzt, hin. **Trapp** (Würzburg).

---

8) **C. Lewin.** Über das Epinephrin. (Aus dem städtischen Krankenhause Gitschinerstraße in Berlin.)

(Fortschritte der Medizin 1905. Nr. 1.)

Verf. hat das von Aberhalden und Bergell dargestellte Epinephrin einer eingehenden praktischen Prüfung unterzogen und ist dabei zu folgenden Resultaten gelangt:

»Die Lösungen, auch die käuflichen, färbten sich bei längerem Stehen nicht, blieben wasserklar, obwohl die betreffenden Flaschen häufig geöffnet wurden. — Das Epinephrin scheint unser reinstes

Nebennierenpräparat zu sein; es ist billiger als Adrenalin und Suprarenin. — Indikation und Konzentration wie bei den übrigen Nebennierenpräparaten.

Kronacher (München).

---

9) **Läwen.** Quantitative Untersuchungen über die Gefäßwirkung von Suprarenin.

(Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie Bd. LI. p. 415.)

Die Einzelheiten der Untersuchungsmethode und Wertbestimmungen müssen im Original nachgesehen werden. Als Ergebnis dieser Untersuchungen ist hervorzuheben: 1) die Abhängigkeit der Suprareninwirkung von der Höhe der angewandten Dosis, 2) daß wahrscheinlich eine Affinität von Zellen der Gefäßwand zum Suprarenin im Sinne einer starken elektiven Aufnahmefähigkeit vorhanden ist, 3) daß es sich hierbei wahrscheinlich um die glatten Muskelzellen handelt, und 4) daß das Suprarenin auch bei sistierender Zirkulation jedenfalls unter der Tätigkeit der glatten Gefäßmuskelzellen zerstört wird. In Verbindung mit Kokain konnte volle Suprareninwirkung erzielt werden, während in Verbindung mit Eukain oder Tropakokain eine starke Abschwächung resp. bei letzterem Mittel sogar eine volle Aufhebung der Wirkung des Suprarenins beobachtet wurde. Für die Praxis ist somit nur die Anwendung von Kokain-Suprareningemischen zu empfehlen.

Dettmer (Bromberg).

---

10) **E. Neisser** und **K. Pollack.** Die Hirnpunktion.

(Mitteilungen aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

Die vorliegende Arbeit bildet einen sehr wesentlichen Fortschritt in der Diagnostik und zum Teil auch Therapie der Gehirnerkrankungen. Denn, während bisher nur ganz gelegentlich einmal zu diagnostischen Zwecken oder zwecks Injektion von Tetanusserum in die Ventrikel eine Punktion des Gehirns durch den unversehrten Schädel hindurch vorgenommen wurde, haben Verff. nicht bloß ein sehr einfaches Verfahren für die Punktion angegeben, sondern es auch systematisch bei allen geeigneten Fällen, d. h. bei 36 Pat. 136mal angewendet.

Zunächst wird die Technik der Punktion beschrieben. Am rasierten Schädel wird nach den bekannten Methoden der Punkt bestimmt, welchen man im Gehirn treffen will. Ein feiner Bohrer mit planparallelen Flächen, welcher ein Loch von $2^1/_3$ mm im Durchmesser setzt, wird mit einem Elektromotor in Rotation gesetzt; unter sanftem Druck dringt derselbe spielend leicht durch Haut und Knochen. Man fühlt deutlich den verschiedenen Widerstand, den die Tabula externa, die Diploë, die Tabula interna bietet, fühlt deutlich wie der Widerstand aufhört und läßt nun den Motor abstellen. Es gelingt bei einiger Übung mit großer Sicherheit, die Verletzung der Dura zu vermeiden. Der Bohrer wird zurückgezogen und an seiner Stelle die feine, graduierte Nadel einer Punktionsspritze eingeführt bis zu der Tiefe, in welcher man etwas Pathologisches vermutet. Narkose wird nie notwendig; nur die Haut wird mit Chloräthyl anästhesiert, und es ist

erstaunlich, wie gut der Eingriff ertragen wird: höchstens eine leise Schmerzäußerung bei Durchbohren des Periostes resp. der Dura, oft auch das nicht einmal. Es werden sodann die Stellen genau angegeben, an denen man die einzelnen Hirnbezirke trifft, sowie die Punkte, in denen am häufigsten Abszesse und Blutergüsse zu punktieren sind. Gefahr, eine größere Arterie oder Vene zu verletzen, besteht nur am untersten Teile der Zentralwindungen, also im Facialis-, Hypoglossuszentrum, der Broca'schen Windung; hier wird man also die Indikationen für die Punktion etwas strenger ziehen. Im klinischen Teile der Arbeit werden die Beobachtungen in Gruppen zusammengestellt nach den einzelnen Affektionen.

In elf Fällen gelang es, Blut im Gehirn durch die Punktion nachzuweisen, ohne daß zum Teil die Anamnese das Vorhandensein eines Hämatoms vermuten ließ. In zwei dieser Fälle wurde das Blut durch Aspiration (einmal 180 g!) so gründlich entfernt, daß völlige Heilung eintrat. Besonders wertvoll war die durch Punktion festgestellte Diagnose in einem Fall, in welchem Ref. auf Grund desselben trepanierte und ein mächtiges intradurales Hämatom entleerte. Es ist ganz auffallend, daß gerade hierfür noch nie die methodische Punktion empfohlen ist; in wenigen Minuten ist durch die Punktion eine Entscheidung gefällt, die dem Operateur Sicherheit gibt, ihm Zeit und Mühe, dem Pat. Blut erspart.

Es folgen eine Reihe von Fällen, in denen durch die Punktion Hämatoidine, Cystenflüssigkeit, Eiter, serös-eitrige Flüssigkeit, Geschwulstgewebe, Liquor cerebrospinalis zutage gefördert wurde. Besonders hervorzuheben sind zwei dieser Fälle. Bei einem Pat. mit den schwersten Erscheinungen einer nicht lokalisierbaren Hirngeschwulst, der moribund eingeliefert wurde, förderte die Punktion aus der linken hinteren Schädelgrube eine sehr eiweißreiche Flüssigkeit zutage, so daß die Diagnose auf Meningealcyste gestellt wurde. Noch sechsmal im Verlaufe von $1^1/_4$ Jahren wurde die Punktion wiederholt; die bedrohlichen Erscheinungen schwanden stets prompt. Bei dem anderen Falle stellte die Punktion die Lokalisation einer Hirngeschwulst, welche auf Grund des klinischen Bildes unmöglich war, in überraschender Weise fest. Ref. entfernte daraufhin mit Glück ein walnußgroßes Endotheliom aus dem Stirnhirn; ohne die Punktionsdiagnose, bei der Geschwulstpartikelchen zutage gebracht wurden und die histologische Bestimmung der Geschwulst erlaubten, würde man sich zur Trepanation entschlossen haben, oder hätte wenigstens eine ausgedehnteste Hemikraniotomie machen müssen, während so ein Wagner'scher Lappen von 5 cm Durchmesser zur Exstirpation genügte.

Endlich folgt eine Anzahl von Fällen, in denen die Punktion ein negatives Resultat hatte, so daß man die Diagnose auf Hirnabszeß oder Geschwulst fallen lassen konnte. Die ausführliche Wiedergabe sämtlicher Krankengeschichte beschließt die Arbeit, welche ohne Zweifel den Anstoß geben wird zur ausgiebigen Anwendung der Hirnpunktion.

Haeckel (Stettin).

11) **Delagénière** (le Mans). Nouveau traitement de l'épilepsie par la ligature du sinus longitudinal supérieur au-dessus du pressoir.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 10.)

Von der Beobachtung ausgehend, daß bei der Auslösung epileptischer Anfälle meist eine dauernde Dilatation der Venen an der Oberfläche der Hirnhemisphäre eine Rolle spielt, daß zirkulatorische Störungen demgemäß eine ursächliche Bedeutung haben müssen, glaubt D. durch Ligatur des Sinus longitudinalis im hinteren Abschnitte die Epilepsie mit Erfolg behandeln zu können.

Der Mitteilung zweier Fälle, von denen der eine 1902, der andere 1904 im Juni operiert ist, werden noch länger fortgesetzte Beobachtungen folgen müssen, ehe man von einem Dauererfolge der Methode sprechen kann. **Stolper** (Göttingen).

12) **A. Mouchet.** Die Riga'sche Krankheit.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 1.)

M. hält es für notwendig, an diese zwar seltene, aber wichtige Krankheit wieder zu erinnern (vgl. d. Bl. 1899 Nr. 22).

Das Leiden besteht in einer Ulzeration am Frenulum der Zunge von 6—18 Monate alten Säuglingen. Das etwa linsengroße Geschwür reitet auf dem Frenulum, prominiert etwas und hat meist einen glatten Rand. Die Oberfläche bedeckt ein Exsudat in Gestalt weißer Flecken oder eines grauen Schleiers, das schwer abzuziehen ist und sich schnell neu bildet. Charakteristisch für das Riga'sche Geschwür ist, daß es stets einfach ist, nie multipel.

Die Krankheit kommt vor 1) bei Kindern, die sehr scharfe oder spitze Schneidezähne haben; ein solcher Fall veranlaßt M. zu seiner Mitteilung, und 2) bei Kindern mit schwerer Gastro-Enteritis.

Da das Geschwür nie Neigung zu spontanem Rückgang hat, muß stets eingegriffen werden. Es genügt fast immer mehrmalige Ätzung mit Jod oder Höllenstein. In seltenen Fällen ist chirurgische Intervention nötig geworden. **V. E. Mertens** (Breslau).

13) **O. Föderl.** Über Caput obstipum musculare.

(Arbeiten aus dem Gebiete der klinischen Chirurgie. Dem Andenken Gussenbauer's gewidmet.)

Wien, **W. Braumüller,** 1903. S.-A. p. 217—262. 46 Abb.

Um sowohl die funktionellen als die kosmetischen Forderungen bei der Operation des Caput obstipum zu erfüllen, wandte Verf. in Gussenbauer's Klinik folgendes Verfahren an. Es wurden von einem zwischen beiden Portionen des Kopfnickers geführten, 3 cm betragenden Längsschnitte aus die einzelnen Anteile des Muskels durch die Verschiebung der Wundränder schrittweise der Präparation zugänglich gemacht und die klavikulare Portion von ihrem Ansatz und der Unterlage bis zum gemeinsamen Kopfe gelöst. In dieser Höhe durch-

trennte man den sternalen Teil, so daß bei der folgenden Stellungskorrektur die freipräparierten Muskelköpfe verschoben und ihre Querschnitte durch Catgutnähte vereinigt werden konnten. Dadurch wurde eine der klavikularen, verschobenen Portion entsprechende Verlängerung des Muskels erzielt, und das Redressement gelang nach der Exzision der übrigen gespannten Teile des Platysma, der Halsfascie und des Cucullaris leicht. Das Resultat war so befriedigend, daß es zur Wiederholung des Verfahrens in anderen Fällen aufforderte, um so mehr, als wenige Monate später Bayer in Prag seine Erfahrungen über die auf einer analogen Überlegung basierende, plastische Achillotenotomie in einer Publikation niedergelegt hatte und günstige Erfolge verzeichnen konnte. Die Operation ist einfach, und der Ausfall der klavikularen Portion beeinträchtigt das kosmetische wie auch das funktionelle Resultat nicht. Die Bedenken, welche sich in letzterer Hinsicht bei jeder anderen Radikaloperation geltend machen, sind hier ohne Berechtigung.

An Gussenbauer's Klinik wurden in der Zeit von 1897—1900 14 Fälle von muskulärem Schiefhalse nach der von F. angegebenen Methode der Myoplastik operiert. Die mitgeteilten Krankengeschichten nebst Abbildungen geben hierüber näheren Aufschluß. Die Operationen der letzten 2 Jahre wurden in den Bericht nicht aufgenommen, da die Beobachtungsdauer noch zu kurz war, um von Dauerresultaten sprechen zu lassen.

Es ist nicht nötig, einen längeren Schnitt als einen solchen von 3—4 cm zwischen den beiden Köpfen des Musculus sterno-cleido-mastoideus zu führen. Durch Verschiebung der Wundränder entsteht Raum genug, um alle in Betracht kommenden Gebilde zur Anschauung zu bringen. Außerdem erweitert sich der Schnitt unter der fortschreitenden Durchtrennung der sich spannenden Stränge hinlänglich, um auch in der Tiefe präparieren und vorhandene Lymphdrüsen exstirpieren zu lassen, nachdem einerseits die vom Schlüsselbein abgelöste Portion des Muskels nach oben und der in der Höhe des Caput commune durchtrennte sternale Kopf nach unten freipräpariert worden ist. Es empfiehlt sich, den klavikularen Teil soweit als möglich vom sternalen Kopfe zu isolieren, um das größte Ausmaß der Verlängerung bei der folgenden Naht der beiden Muskelstümpfe zu erzielen, damit auch bei einer Überkorrektur der Kopfstellung sich keine Spannung ergibt.

Die Querschnitte der hoch oben durchtrennten sternalen Portion und des verschobenen klavikularen Kopfes wurden zirkulär mit Catgut vernäht. Nach der Naht der Hautwunde wurde bei einer bis zur aufrechten Stellung korrigierten Kopfhaltung ein Verband angelegt und in diesem durch einen elastischen Zug, welcher im Sinne des kontralateralen Muskels wirkte, in der 2. Woche mit der Überkorrektur begonnen. Im allgemeinen war die Nachbehandlung in der 3. Woche nach der Operation mit einem zufriedenstellenden Resultat abgeschlossen. Die durchschnittliche Dauer des Spitalsaufenthaltes betrug 18 Tage.

Die Korrektur im unmittelbaren Anschluß an die Operation wurde nur bis zur aufrechten Stellung vorgenommen, wobei in zwei Fällen am Halse und selbst am Brustkorb unterhalb des Schlüsselbeins Emphysem auftrat. Letzteres wurde darauf zurückgeführt, daß bei der Stellungskorrektur die von der Unterlage nicht freipräparierte Haut abgehoben und Luft in die Gewebsmaschen aspiriert wurde. Nur einmal wurde eine Überkorrektur durch das modellierende Redressement nach Lorenz ausgeführt. Von diesem Verfahren wurde später abgestanden, da die betreffende Pat. während dieses Manövers einen Kollaps erlitten hatte.

An die klinische Besprechung des Materiales reiht Verf. einige Betrachtungen über die von Lorenz aufgestellten zwei Typen des Schiefhalses, ferner über die Beteiligung der Wirbel und Bänder und über die Ätiologie. Die angeborene Dystrophie des Muskels ist nach F. zurückzuführen auf Kompression von seiten der Schulter infolge intra-uteriner Raumbeschränkung und dadurch bedingte Ischämie des Muskels. »Die Annahme der Ischämie entspricht dem Haupterfordernis einer Hypothese über die Ätiologie der Kopfnickerkontraktur, daß sie einen mit anderen Tatsachen der Pathologie widerspruchslosen Erklärungsgrund für den Symptomenkomplex des Caput obstipum zu geben vermag.« **J. Riedinger** (Würzburg).

---

14) **A. Schanz.** Über das Rezidiv nach Schiefhalsoperationen.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Eine Verlängerung des Kopfnickers so weit, daß eine normale Stellung des Kopfes und Halsbewegungen in normalen Grenzen ermöglicht werden, muß der wesentliche Inhalt jedes Behandlungsversuches beim muskulären Schiefhals sein. Leider gelingt aber die Erfüllung dieser Aufgabe auch bei dem radikalsten Verfahren nicht immer. Worin liegt die Ursache? Wohl bei den meisten Fällen ist die Beeinträchtigung des Resultates nicht durch die Mangelhaftigkeit der Operation, sondern durch einen Prozeß, der nach der Operation einsetzte, erzeugt worden und in der Bildung bindegewebiger Stränge unter der Haut besteht. Zur Verhütung dieser oder zu kurzer Stränge empfiehlt Verf. einen nach der Operation anzulegenden, extendierend wirkenden, möglichst dicken Watteverband, der etwa 6 Wochen liegen bleibt.

Der Verband wird mit günstigem Erfolge von S. auch bei der Behandlung der Spondylitis cervicalis verwandt.

J. Riedinger (Würzburg).

---

15) **H. Delore.** Cancer de la thyroide.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 5, 10 u. 12.)

Seine Tätigkeit mitten im Kropfzentrum Lyon unter Poncet's bewährter Leitung setzte D. instand, eine wertvolle klinische Darstellung des Themas niederzulegen, aus der mancherlei zu lernen ist,

wenn auch der größte Teil des gegebenen als bekannt vorausgesetzt werden darf.

Das Karzinom der Schilddrüse ist eine Krankheit der Kropfgegend, findet sich häufiger bei Frauen als Männern, befällt meist Leute jenseits der 40er, ohne jedoch vor der Pubertät zu fehlen, und entwickelt sich in fast 83% auf bereits bestehenden Kröpfen.

Was den Krebs der Schilddrüse besonders auszeichnet, ist seine frühzeitige Metastasenbildung; wohl kann er auch schnell infiltrierend am Halse bretthartе Geschwülste mit und ohne frühzeitige Drüsenmetastasen bilden, oft jedoch ist er an Ort und Stelle kaum nachweisbar, in der Drüse (intrakapsulär) entwickelt, und noch ehe sein Vorhandensein erkannt wurde, waren schon zahlreiche entfernte Lungen- und Knochenmetastasen nachweisbar (forme médicale). Die erst gekennzeichnete (forme chirurgicale) infiltrierende Schwellung führt zur Kompression, Knickung, Verschiebung bezw. Durchbohrung der Luftröhre — ohne die Haut zu ulzerieren —, zur Lähmung der Stimmbänder und Verlegung der Speiseröhre; das Auftreten des Krebses in der Schilddrüse führt nie zu Myxödem, selbst die totale Entfernung der letzteren nicht; wohl aber sind basedowähnliche Symptome durch »Hyperthyroidation« besonders unter Beteiligung der Metastasen bekannt. Diesen ist wohl auch das Ausbleiben des Myxödems nach Exstirpation zu verdanken.

Die traurige Prognose, die selbst durch frühzeitigen Eingriff, bestehend in Thyreoidektomie, nicht erheblich gebessert wird — Madelung konstatierte 12 Heilungen auf 110 Operationen —, zwingt zu möglichst frühzeitiger Diagnose. Jeder schnellwachsende Kropf, besonders einseitiges Wachstum bei länger bestehender Struma soll zum Eingriffe mahnen. Basedowähnliche Erscheinungen sollen als Frühsymptome dienen, event. Hyperthermie. Nötigen Kompressionserscheinungen der Luftröhre zu Palliativoperation, so stehen sich Tracheotomie, Exothyreopexie, Freilegung der Luftröhre durch tiefe Spaltung und palliative Thyreoidektomie gegenüber. D. entscheidet sich für die letzte, welche noch die besten Aussichten auf ein Überstehen und Überleben von mehreren Monaten biete, und teilt aus der Poncetschen Klinik beweisende Krankenberichte mit; in der Tat ist der Tracheotomie, abgesehen von der oft großen Schwierigkeit — D. empfiehlt dabei event. direkt durch die Geschwulstmasse vorzudringen —, der Vorwurf zu machen, daß sie die großen Wundflächen rapider Infektion aussetzt.

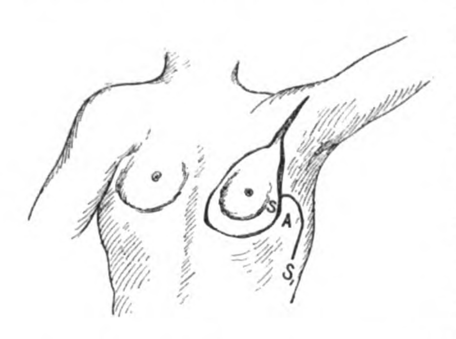
Zu der ernsten und lesenswerten Arbeit wolle man die in Nr. 49 d. Bl. 1904 referierten von Patel und Vinnay und Pinatelle vergleichen, mit deren Inhalt manche Angaben in Widerspruch stehen.

Christel (Metz).

---

16) **Warren.** The operative treatment of cancer of the breast.
(Annals of surgery 1904. Dezember.)

Bericht über 100 Operationen bei Brustkrebs mit 26 Dauerheilungen, d. h. über 3 Jahre, darunter Fälle von 20, 19, 16 Jahren ohne Rezidiv. Die kolloiden Formen gaben die beste Prognose. Den Schnitt führt W. so, daß er an den außen die Brustdrüse umkreisenden Bogen noch einen zweiten bogenförmigen, nach unten gehenden Schnitt SS_1 ansetzt. Der hierdurch gebildete Lappen *A* wird zur Deckung der unteren Hälfte der Wunde benutzt, so daß dieselbe ohne Spannung völlig geschlossen werden kann. Die Abtragung der Drüse erfolgt in toto mit dem ganzen Pectoralis major und minor, indem deren Ansätze zunächst im oberen Wundwinkel vom Schlüsselbein getrennt worden. Die Ausräumung des hinteren Halsdreiecks wird dann vorgenommen, wenn Lymphdrüsenstränge von der Achselhöhle unterhalb des Schlüsselbeines nach oben ziehen. Durch 9 sehr gute Abbildungen wird der Gang der Operation veranschaulicht.



Herhold (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

Die gefensterte Kropfsonde.

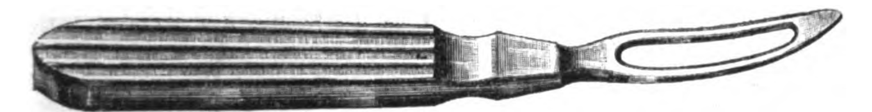
Von

Dr. **Fr. Brunner,**
dirigierendem Arzt in Neumünster-Zürich.

Wer gewohnt ist, mit der Kocher'schen Kropfsonde zu arbeiten, wird mir zugeben, daß es kaum ein praktischeres Instrument giebt zum Isolieren von Gewebssträngen und Gefäßen. Sollen aber die isolierten Gefäße unterbunden werden, so hat das seine Schwierigkeiten; eine Aneurysmennadel mit Faden läßt sich auf den Rinnen der Kropfsonde allerdings leicht durchführen, indes ist das Teilen der Fäden und das doppelte Abbinden eine zeitraubende Manipulation; Schieber und Arterienklemmen lassen sich bei starker Spannung der Gefäße nur mühsam, wenn sie mit Haken versehen sind, wie die Kocher'schen Klemmen, oft gar nicht durchschieben.

Um diesen Übelstand zu vermeiden, habe ich mir die Fläche der Kropfsonde nicht mehr solid, sondern gefenstert herstellen lassen, so daß von der Sonde eigentlich nur die Ränder mit der charakteristischen Form und Biegung übrig geblieben sind (s. Fig.). Das Umgehen der Gefäße geht ebenso leicht wie bei der gewöhnlichen Kropfsonde, in dem durch das Fenster offen gehaltenen Spalt aber lassen sich nun mit größter Leichtigkeit Hakenklemmen durchführen, die Gefäße doppelt abklemmen und durchschneiden. Ich habe das einfache Instrument seit ca. 2 Jahren im Gebrauch und kann es bestens empfehlen überall, wo Gefäße in der Kontinuität unterbunden werden sollen und wo der Platz nicht gar zu eng ist, wie bei Kropfexstirpationen, bei Exstirpation des myomatösen Uterus und vielen anderen Eingriffen.

Von den zangenartigen Instrumenten, die einen ähnlichen Zweck verfolgen, unterscheidet sich meines durch seine Einfachheit, zweckmäßige Form und einfachere Handhabung.



Dr. Schuler in Zürich hat soeben ein ähnliches Instrument unter dem Namen Spangensonde in den Geschäftsberichten der Firma Hausmann & Co. in St. Gallen veröffentlicht. Er ging davon aus, ein Instrument zu konstruieren, das erlaubte, leichter als die Aneurysmennadel einen doppelten Faden unter einem Gefäß durchzuführen; ich dagegen wollte die Anwendung der Aneurysmanadel und das Durchführen von Fäden ganz überflüssig machen. Die beiden Instrumente weisen denn auch wesentliche Unterschiede in Form, Krümmung und Dicke auf.

Angefertigt wird die gefensterte Kropfsonde von Hanhart & Co. in Zürich.

---

17) **H. Wienecke.** Über Stauungsblutungen nach Rumpfkompression.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 37.)

Ein einschlägiger, im städtischen Krankenhause zu Rixdorf-Berlin (Prof. Sultan) beobachteter Fall betrifft einen 5jährigen Knaben, welcher unter die Schutzvorrichtung eines elektrischen Straßenbahnwagens geraten und dabei, den frei gebliebenen Kopf nach oben gerichtet, mit Brust und Bauch zwischen Schutzvorrichtung und Erdboden ca. 10 Sekunden eingeklemmt war. Außer einigen unwesentlichen sonstigen Verletzungen und Hirnerschütterung zeigte er das Gesicht tiefdunkelrot, gedunsen, voller punkt- bis stecknadelkopfgroßer, dichtstehender Blutpunkte, eine Veränderung, die am Halse bis zur Gegend, wo der Halshemdenkragen sitzt, herabreichte. Außerdem fanden sich Konjunktivalblutungen, sowie rechterseits zwei kleine frische Netzhautblutungen im äußeren oberen Quadranten; die Augen selbst waren nicht vorgetrieben. Glatter Verlauf, Sehstörungen bestanden nicht.

Eine sehr hübsche kolorierte Tafel zeigt das Kopfbild des Verletzten. An die eigene Beobachtung, bei welcher der Befund der Retinalblutung von besonderem Interesse ist, fügt Verf. eine Allgemeinbesprechung der bekanntlich neuerdings wiederholt erörterten Verletzung und gibt eine tabellarische Zusammenstellung der bislang publizierten 22 Beobachtungen, sowie zum Schluß ein Literaturverzeichnis von ebensoviel Nummern. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

18) **Nicoll.** Birth-fracture of the skull.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

Verf. hat bei 23 Kindern im Alter von 2—8 Monaten die bei der Geburt entstandene Depressionsfraktur des Stirnbeines durch Operation beseitigt. Abgesehen davon, daß ein derartig eingedrücktes Knochenstück das Gesicht des Kindes entstellt, treten auch infolge desselben Konvulsionen oder geistige Verblödung auf. Es wird die Operation folgendermaßen ausgeführt: 1) Freilegung der eingedrückten Zone durch Lappenbildung oder lineare Inzision; 2) Ausschneiden derselben mit der Trephine; 3) Entfernen durch Umkehren des Stückes; 4) Zurücklegen auf die Dura und Hautnaht. Die 23 Operationen verliefen sämtlich ohne Todesfall.

Herhold (Altona).

19) **Fontoynont.** Disjonction ancienne de la suture coronale. Epilepsie jacksonienne. Trépanation.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1904. p. 180.)

Die Verletzung ist durch Auffallen auf eine Mauer aus der Höhe von 4 m auf die linke Schädelhälfte entstanden. Abgesehen von der 8 cm langen, $1/2$ bis 1 cm

breiten Fissur, die dem seitlichen Teile der linken Coronalnaht entspricht, zeigte das Kind 13 Jahre später Abplattung der linken Schädelhälfte und Parese des rechten Armes. Operation wegen gehäufter schwerer epileptischer Anfälle. Die Dura mater zeigte sich längs des Spaltes verdickt. Dieselbe und die Knochenränder wurden reseziert. Trotzdem die Lage des Spaltes der Rolando'schen Furche nicht entsprach, erfolgte doch Heilung der Parese. In den nächsten 5 Monaten nach der Operation fünf leichtere epileptische Anfälle, seitdem (höchstens 1 Jahr Beobachtungszeit) keine mehr. **Goeppert** (Kattowitz).

20) **M. Lermoyez** et **L. Bellin.** Règles opératoires pour la guérison de la méningite purulente aiguë généralisée.

(Presse méd. 1904. Nr. 85.)

Verff. berichten über zwei mit Erfolg operierte Fälle von otogenetischer Meningitis acuta purulenta. Die Operation bestand in dem einen Falle in breiter Eröffnung des Schädels ohne Inzision der schwammig aussehenden Dura mater; in dem anderen Falle wurde nach Eröffnung des Schädels die Dura mater breit inzidiert und mehrere explorative Punktionen des Lobus temporalis vorgenommen.

Im Anschluß hieran stellen die Verff., nachdem sie ausführlich ihren Standpunkt der chirurgischen Therapie begründet haben, für die künftige Behandlung der otogenetischen Meningitis vier Regeln auf, nämlich:

1) Breite Eröffnung des Schädels und Freilegung der Dura mater, ohne dieselbe zu eröffnen.

2) Für den Fall eines Mißerfolges hiermit: nach einigen Tagen Eröffnung der Dura mater mittels Kreuzschnittes. Hierbei explorative Punktion des Lobus temporalis.

3) Vornahme und Wiederholung der Lumbalpunktion.

4) Abstandnehmen von der Trepanation des Labyrinthes.

Grunert (Leipzig).

21) **Veraguth** (Zürich). Über eine Hirnschußverletzung.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1904. Nr. 11.)

Des Verf.s Mitteilung erhebt sich über das Niveau eines kasuistischen Beitrages zur Lehre von den Hirnschußverletzungen, weil seine Beobachtungen am Lebenden mit dem sorgfältigen anatomischen Befunde unter Berücksichtigung wichtiger Streitfragen geschildert werden.

V. fand den 33jährigen Verletzten 5 Minuten nach dem Schuß (Einschuß ungefähr in der Mitte der Stirn) am Boden liegend. Zu den Ersthinzutretenden hatte er bereits mehreres gesprochen und gab auch dem so rasch erschienenen Arzte klare Antworten, er wußte die Telephonnummer des Hauses und war über Zeit, Ort und über die Tragweite des Geschehnisses durchaus orientiert, kurzum bei klarem Bewußtsein. Das linke Auge war geschwollen, sein oberes Augenlid hing tiefer als das rechte, die Pupillen reagierten beiderseits. Schlaffe, totale Lähmung der linken Extremitäten.

Am Boden viel Blut, auf der Weste und dem Rockkragen einige Gehirnpartikelchen.

Während des Notverbandes stellte sich Ideenflucht ein, und etwa 20—30 Minuten nach der Unterhaltung zwischen Arzt und Verletzten versank dieser in völlige Bewußtlosigkeit, in der $11^1/_2$ Stunden nach dem Schuß der Tod eintrat.

Die sorgfältige Dissektion ergab folgendes: das Geschoß (Revolver, Kaliber 7,5, Bleigeschoß 4,8 g, mit ungefähr 210 Metersekunden Anfangsgeschwindigkeit) hatte nach Durchsetzung von Haut und Knochen zerstört: die Dura über dem Frontalpol rechts in kleinem Umfang und die Falx major, ferner von Gefäßen den Sinus longitudinalis, corticale Gefäße am Frontalpol und, an der hintersten Partie des Sulcus interparietalis, spärliche Gefäße im Centrum ovale und durch entfernte Wirkung ein Gefäßchen im Pons und solche im linken Nervus opticus. An Gehirnsubstanz war zerstört eine beträchtliche Rindenpartie am Frontalpol, eine kleinere

im Sulcus interparietalis, an weißer Substanz die vorderste Partie des Balkenknies, die vordere Balkenstrahlung rechts, der vordere Teil des Fasciculus occipito-frontalis, zum Teil die Pyramidenstrahlung und eine Menge nicht näher bestimmbarer kurzer und langer Assoziationsbahnen. V. berechnet die Masse der zerstörten Hirnsubstanz auf 30 ccm, das ist 2,5% des gesamten Gehirnvolumens.

Das Hinstürzen und Liegenbleiben bezieht V., sich stützend auf die Experimente von Kramer und Horsley auf eine Reizwirkung auf die gesamte Körpermuskulatur und die wahrscheinlich sofort darauf folgende linksseitige Hemiplegie.

Auffallend bleibt das wenn auch kurze Erhaltensein des Bewußtseins nach dem Chok, besonders wenn man die Erscheinungen beim apoplektischen Insult nach spontaner Hirngefäßzerreißung zum Vergleiche heranzieht, mit ihrem komatösen Beginn. V. erklärt es durch die Entfernung der Wunde vom zentralen Höhlengrau des 3. Ventrikels und den Sehhügelkernen einerseits und andererseits dadurch, daß der plötzlich erhöhte intrakranielle Druck in der Einschußöffnung eine beträchtliche Ausgleichsstelle hatte. Endlich dürfte bei der vorliegenden Verletzung die Zirkulationsstörung eine geringere sein als bei Apoplexien, bei denen in der Regel gröbere Gefäße mitbeteiligt sind. Vielleicht habe auch die gewaltige Druckerniedrigung im verletzten Sinus venosus ausgleichend gewirkt.

Verf. kommt zu dem Schluß, daß die corticale Anämie in erster Linie bei einer plötzlichen Großhirnschädigung das Bewußtsein aufhebe.

Der anatomische Befund bot noch in anderer Hinsicht interessante Erscheinungen. So hebt V. mit Recht hervor, daß die Einschußöffnung durch Haut, Knochen und Dura einen nach außen offenen trichterförmigen Defekt darstellte, daß aber im Gehirn dann wieder ein trichterförmiger Defekt sich darbot, mit ausgedehnter Zertrümmerung an der Rinde, die dann in den röhrenförmigen Schußkanal durch die Hemisphäre auslief.

Und in diesem Schußkanale fanden sich spiralförmige Züge, ähnlich wie im Revolverlaufe, nur wurden die Linien allmählich gestreckter, je weiter sie sich vom Einschuß entfernten.

Forensisch ist der Fall beachtenswert, insofern als der Verletzte, obwohl linksseitig hemiplegisch, nicht bewußtlos war und mit der rechten Hand noch sehr wohl einen zweiten Schuß gegen sich hätte richten können. Ein tötlicher Herzschuß z. B. hätte dann die Frage ob Mord oder Selbstmord recht schwierig gestaltet.

Stolper (Göttingen).

22) **Letoux** et **Le Dantec** (Vannes). Introduction d'air dans un ventricule latéral, à la suite d'une fracture de crane.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 9.)

Ein 24jähriger Mann erhält von seinem Bruder im Streit einen Schlag mit einer Schaufel gegen die linke Stirnhälfte, sinkt sofort zusammen, verliert aber nicht ganz das Bewußtsein. Er kann sich mühsam wieder erheben und seiner Beschäftigung nachgehen, z. B. Wasser am Brunnen schöpfen. $^3/_4$ Stunden später sehr heftige epileptiforme Anfälle. Am 3. Tage Transport mit Wagen mehrere Stunden weit ins Krankenhaus. Hier Débridement in Narkose, wegen der Krampfanfälle und weil Hautemphysem auf Kommunikation mit den Luftwegen hinweist. Der Verletzte war noch selbst vom Wagen gestiegen und in das Hospital gegangen. Kein Druckpuls. Am 5. Tage Fieber, Eiter an den Tampons, Tod am 24. Tage nach der Verletzung.

Großer Defekt in der linken Stirnbeinhälfte, von der zahlreiche Fissuren in die rechte Orbitalwand, aber auch bis zum Alveolarfortsatz des linken Oberkiefers und Fissuren in der rechten Hälfte der Schädelbasis bis an die Grenze der hinteren Schädelgrube ausstrahlen (5 Abbildungen im Text). Am Gehirn war der linke Stirnlappen zertrümmert; in dessen weißer Substanz saß ein nußgroßer Eiterherd, der breit kommunizierte: nach oben mit der Stirnwunde, nach hinten mit dem Seitenventrikel nach vorn und unten mit dem Sinus frontalis und mit der geborstenen Siebbeinplatte. In den Ventrikeln keine Flüssigkeit.

Als das Interessante an dem Falle betonen Verff., daß sie beim fahnden auf einen Abszeß mit der Sonde bis in den linken Seitenventrikel gerieten und aus diesem zweimal Luftblasen entleerten. Sie nehmen an, daß ein kleines Bruchstück vom Siebbeine bis in den Ventrikel gedrungen und der Außenluft Zugang zu diesem verschafft habe. (Ob nicht vielleicht ein gasbildendes Bakterium in dem nahen Abszeß die Ursache der Gasansammlung war, wird nicht erörtert. Ref.)

Interessant ist — auch forensisch — der Fall durch die weite Ausdehnung der Fissuren an der Basis cranii und den Gesichtsknochen, und zwar hervorgerufen durch einen einzigen Hieb mit einer Schaufel; ferner durch die beobachtete Temperaturdifferenz an beiden Beinen. **Stolpre** (Göttingen).

23) **Williamson.** The diagnostic value of hemiplegia of gradual onset as a sign of cerebral tumour.

(Practitioner 1904. September.)

Verf. meint, daß zur Annahme einer Hirngeschwulst das Vorhandensein progressiver Hemiplegie, welche ganz allmählich beginnt, ohne Auftreten von Neuritis optica, Kopfschmerzen und Erbrechen genügte, selbstverständlich falls eitrige Prozesse (Abszeß) auszuschließen seien, und führt als Beleg drei Fälle an. Zwei Geschwülste saßen in der weißen Substanz der rechten, einer in jener der linken Hirnhemisphäre.

Morphologisch handelte es sich bei einer 38jährigen Frau und einem 57jährigen Mann um ein Gliom, bei einem 40jährigen Mann um ein Zylinderzellenepitheliom, die sämtlich zum Tode führten. **Jenckel** (Göttingen).

24) **Th. R. Fraser.** Case of complete transposition of the viscera, with cerebral tumour and other pathological conditions.

(Edinburgh med. journ. 1904. Oktober.)

Ein 24jähriger, gesund aussehender, unverheirateter Arbeiter war vor 8 Jahren aus einer Schaukel auf den Kopf gefallen und klagte seitdem über zeitweise einsetzende heftige Schmerzen im Hinterkopfe, die später so stark wurden, daß er seine Arbeit aufgeben und klinische Hilfe in Anspruch nehmen mußte. Es stellten sich Sehstörungen, Parästhesien in den Beinen, Anästhesie an den Armen und in der linken Seite des Körpers ein; bei heftigen Kopfschmerzen, denen gewöhnlich ein langer tiefer Schlaf folgte, trat auch Erbrechen ein. Die Untersuchung ergab, daß ein vollkommener Situs inversus vorlag, an der rechten Hand waren 2 Daumen- und 6 Metakarpalknochen. Die inneren Organe ließen außer einem Mitralklappenfehler und einer eitrigen Pyelitis nichts Krankhaftes erkennen. Die Diagnose betreffs der Ursachen der Kopfschmerzen wurde auf Hirngeschwulst gestellt. Die Autopsie zeigte eine cystische bohnengroße Geschwulst im linken Seitenventrikel, direkt über dem Foramen Monroi, welche zur Dilatation beider Seitenventrikel infolge Druckes auf die Chorioidealvene und Verlegung der Abflußwege geführt hatte.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose: Cyste. Als Ausgangspunkt der Cyste wird das Ependym angesprochen und die Möglichkeit zugegeben, daß sie infolge des Sturzes aus der Schaukel sich entwickelt haben könnte. Zwei photographische Aufnahmen und eine Skizze veranschaulichen die Lage der Gehirncyste, sowie der Brust- und Baucheingeweide.

Jenckel (Göttingen).

25) **Kennedy.** Case of traumatic exophthalmus pulsans. — Ligature of common carotid. — Cure.

(Glasgow med. journ. 1904. Dezember.)

Rechtsseitiger, pulsierender Exophthalmus als Folgeerscheinung einer Schädelbasisfraktur durch Steinwurf bei einem 50 Jahr alten Manne. Heilung durch Unterbindung der Carotis communis. **W. v. Brunn** (Marburg).



26) Connal and Riddell. The treatment of dulness of hearing and subjective noises in the ears by high-frequency currents.

(Glasgow med. journ. 1904. Dezember.)

Bericht über eine Reihe von Pat. mit trockenem Mittelohrkatarrh, mit Narben oder Perforationen des Trommelfelles und mit Sklerose des Trommelfelles, deren Schwerhörigkeit und Ohrgeräusche durch hochgespannte Ströme zum Teil bedeutend gebessert oder beseitigt wurden. **W. v. Brunn** (Marburg).

27) T. Pooley. Fibroma of mastoid, auricle and auditory canal.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. November 26.)

Rezidiv eines hinter der Ohrmuschel und dem Gehörgange sitzenden Fibroms nach 13 Jahren. Auf die Entfernung folgt sofort ein Rezidiv, nach dessen wiederholter Auskratzung ebenfalls; seine Ausdehnung ist aus der Überschrift ersichtlich. Röntgenbestrahlung führte in 3—4 Wochen zu anscheinend völliger Heilung. Histologisch handelte es sich um ein Fibrom. **Lengemann** (Bremen).

28) Werner. Kongenitale halbseitige Gesichtshypertrophie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

W. veröffentlicht einen Fall von angeborener halbseitiger Gesichtshypertrophie. Der Unterschied in der Größe der Kopfhälften beginnt von den Proc. mastoidei und der Mitte beider Scheitelbeine an. Von da nach vorn sind alle Gebilde, sowohl Knochen als Weichteile des Schädels wie des Gesichtes, links voluminöser als rechts. Die Vergrößerung betrifft im oberen Teile mehr die Knochen, im unteren mehr die Weichteile. Sie umfaßt die vordere Scheitelbeingegend, Stirnbein, Jochbein, Ohr, Proc. mastoideus, Oberkiefer, Wange, Nase, Lippen, Unterkiefer, ferner Zähne, Zunge, Gaumensegel, Zäpfchen und Mandel. Den Pat. störte besonders die dicke linke Wange, wegen deren er zu einer kosmetischen Operation drängte. In den herausgeschnittenen Gewebsstücken wurde weder an den Nerven noch am Epithel etwas Besonderes entdeckt. Es handelt sich um einen echten Riesenwuchs. Die Ätiologie des Falles ist ungeklärt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

29) R. Kothe. Beitrag zur Kenntnis der Lymphangiome (speziell der Makromelie) mit besonderer Berücksichtigung ihrer Pathogenese.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVI. p. 535.)

K. berichtet über einen 9jährigen Pat., der eine seit seiner frühesten Kindheit an der linken Wange vor der Parotis bestehende, in letzter Zeit langsam wachsende Geschwulst aufwies. Die von Bier exstirpierte, etwa pflaumengroße Geschwulst bestand aus zahlreichen hirsekorn- bis erbsengroßen, mit serös-sanguinolenter Flüssigkeit angefüllten Cysten und aus noch zahlreicheren bis kirschkerngroßen, in derbes Bindegewebe eingelagerten Steinchen von weißlich-grauer bis bräunlicher Farbe und zwiebelschalenartiger Schichtung. Die mikroskopische Untersuchung, deren Details über den Rahmen eines Referates hinausgehen, ergab das Vorhandensein außerordentlich großer Mengen erweiterter und nicht erweiterter Lymphgefäßen jeden Kalibers, die sich im Zustande lebhafter Wucherung befanden. Die kleinsten Lymphgefäße bildeten ein dichtes Netzwerk. Das umgebende Bindegewebe wies einen großen Kernreichtum auf und befand sich ebenfalls in erhöhter Zellentätigkeit. Es wucherte in die Lymphräume hinein und erzeugte Bilder, die an ein Fibroma intercanaliculare erinnerten. Die oben erwähnten Steinchen erwiesen sich als verkalkte Thromben.

Verf. bespricht dann unter kritischer Berücksichtigung der Literatur die Entstehungsweise der Lymphangiome. Er verwirft die Anschauung, daß dieselben durch Stauung, hervorgerufen durch zentralen Verschluß von Lymph- oder Blutgefäßen, entstanden seien. Er hält die Wucherungsvorgänge der Lymphgefäße für das Primäre. Daher sind die Lymphangiome zu den wahren Geschwülsten zu

rechnen. Wegen der gleichzeitigen Mitbeteiligung des Bindegewebes sind sie als Fibroangiome zu bezeichnen.

Verf. weist schließlich noch auf die seltene Lokalisation der beschriebenen Geschwulst hin. **Doering** (Göttingen).

30) **Masse** (Bordeaux). Kyste muqueux de l'ethmoïde chez un enfant atteint de crises d'épilepsie; drainage et curettage orbito-nasal; guérison d'épilepsie en même temps que de la tumeur.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1093.)

Bei einem 13jährigen Knaben traten gleichzeitig mit dem Erscheinen einer anscheinend knochenharten Geschwulst an der Innenseite der Orbita epileptische Krämpfe auf. Dieselben wurden in den folgenden 2 Jahren immer häufiger, während die harte Konsistenz der Geschwulst einer cystischen Platz machte. Eine Inzision entleerte Schleim und zeigte, daß die Geschwulst sich in den Siebbeinzellen entwickelt hatte. Ausgiebige Ausschabung mit folgender langdanernder Drainage brachte Heilung der Geschwulst, wie der Epilepsie.

Reichel (Chemnitz).

31) **B. Kelly.** The so called »empyema of the antrum of Highmore in infants« (Osteomyelitis of the superior maxilla).

(Edinb. med. journ. 1904. Oktober.)

Im Anschluß an 16 in der Literatur bekannte Fälle von »Empyem des Antrum«, »Phlegmone der Orbita«, »Maxilläre und orbitale Osteo-periostitis«, »Osteomyelitis des Oberkiefers« bei Kindern beschreibt Verf. einen selbst behandelten Fall bei einem $4^1/_2$ Monate alten Knaben. Die Erkrankung setzte ein 14 Tage nach der Geburt mit Schwellung beider Unterlider und Wangen, besonders der linken Seite. Hier trat auch nach einigen Tagen deutliche Protrusio bulbi auf. Nach 1 oder 2 Tagen begann Eiter aus dem linken Auge, der linken Nasenöffnung, sowie der hinteren Partie des linken Oberkiefers zu fließen. Die Protrusio bulbi verschwand, die Schwellung der linken Wange wurde geringer. Aus der linken Nasenöffnung entleerte sich stinkender Eiter, ebenfalls am Alveolarfortsatz in der Gegend des ersten oberen Molaris. Nach Eröffnung des Antrum von hier aus konnte eine Ausspülung der kleinen Höhle vorgenommen werden, das Wasser lief aus dem linken Nasenloch ab. Ausheilung trat jedoch erst nach mehreren Wochen ein, nachdem noch einige Sequester entfernt worden waren. Bei der Nachuntersuchung nach 7 Jahren zeigte sich, daß der gut entwickelte, wohl aussehende Knabe außer dem zweiten Molarzahn keinen Zahn in der linken Hälfte des Oberkiefers besaß. Nach Aussage der Mutter war auch bis dahin kein weiterer Zahn in der linken Hälfte des Oberkiefers zur Entwicklung gekommen. Verf. rät, in allen derartigen Fällen die Eröffnung der Highmorshöhle vom Alveolarfortsatz oder der Fossa canina aus vorzunehmen und möglichst konservativ zu verfahren, da bei dem radikalen Operationsverfahren eine zu starke Entstellung des Gesichtes die Folge wäre. **Jenckel** (Göttingen).

32) **B. Birke.** Die in der Königlichen chirurgischen Klinik zu Breslau beobachteten Fälle von Lippenkrebs aus den Jahren 1891—1901.

Inaug.-Diss., Breslau, 1904.

Die Zahl der in dieser Zeit vorgekommenen Fälle beträgt 188 und betrifft 163 Männer und 22 Frauen = 11,7%). Primäre Krebse der Oberlippe waren darunter 10 (= 5,32%); 6 davon fielen auf die 22 Frauen. Das Alter, in dem die Pat. kamen, schwankte zwischen dem 28.—88. Lebensjahre, das Maximum zwischen 60—64 Jahren. Das größte Kontingent stellen die bei der Bodenbenutzung und Tierzucht beschäftigten Personen, nämlich 62. Ein Fall ist dabei von Kontaktinfektion der Oberlippe von der Unterlippe her. In näheren Betracht gezogen

werden nur die 61 klinisch aufgenommenen Fälle, deren Krankengeschichten am Schluß kurz mitgeteilt werden.

Von den 56 wegen Unterlippenkrebs Operierten sind noch 19 rezidivfrei und am Leben, der erste davon jetzt 13 Jahre. 3 sind gestorben, aber nicht an Rezidiv. Mithin können 22 = 39,3% als dauernd geheilt gelten. 11 Fälle sind über 5 Jahre, 12 über 3 Jahre rezidivfrei. Nur in 5 Fällen von den 56 wurde von einer Drüsenexstirpation abgesehen — 1 davon befindet sich unter den erwähnten rezidivfreien —, sonst wurde diese immer grundsätzlich und sorgfältig vorgenommen. Die Rezidive traten mit einer Ausnahme schon im 1. Jahre auf, bei 6 Fällen schon im ersten Vierteljahre. Von den 19 rezidivierten Fällen sind 11 ihrem ersten Rezidiv erlegen, und zwar im Durchschnitte reichlich 14 Monate nach der Operation. Von den 5 nochmals Operierten kann noch 1 Fall (= 20%) als geheilt gelten. Von 11 anderen wegen Rezidiv Operierten, deren primäres Karzinom anderwärts exzidiert war, sind 2 Fälle von Lokalrezidiv ohne Lymphdrüsenbeteiligung dauernd geheilt.

Welche Art der oft ausgeführten Plastik (Jaesche oder Wölfler-Morgan) die besten Resultate gab, geht nicht recht deutlich aus der Arbeit hervor.

Von den Oberlippenkarzinomen bestand die Erkrankung in einem Falle 13, in einem anderen 7 Jahre. Es ist also auch an diesem Materiale wieder die langsamere Entwicklung im Vergleiche zu den Unterlippenkrebsen auffallend.

E. Moser (Zittau).

33) **P. Sébileau.** Restauration d'une fissure congénitale de la voûte et du voile du palais par un lambeau vomérien fibro-muqueux (procédé de Lannelongue).

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1082.)

Bei einem 10jährigen Mädchen mit rechtsseitiger Gaumenspalte, deren Breite einen Schluß nach der Methode von Langenbeck aussichtslos erscheinen ließ, kombinierte L. die v. Langenbeck'sche Mobilisierung eines mukös-periostalen Gaumenlappens mit der Lannelongue'schen Plastik, indem er aus dem mukösfibrösen Überzuge des Vomer einen vom vorderen zum hinteren Vomerrand reichenden Lappen mit unterer Basis umschnitt, herunterklappte und nun die ganze Lücke bequem durch Naht schließen konnte. — S. hält es für richtig, die Operation der Gaumenspalte nicht, wie dies manche moderne Chirurgen verlangen, schon sehr früh, sondern erst zwischen 7. und 10. Lebensjahre auszuführen.

Reichel (Chemnitz).

34) **Potherat.** Fibro-adénome de la voûte palatine.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1151.)

P. hatte zweimal Gelegenheit, Fibroadenome des Gaumens operativ zu entfernen. Handelte es sich in dem einen Falle nur um eine nußgroße Geschwulst, die im Niveau des knöchernen Gaumens rechts von der Mittellinie nahe dem Ansatze des Gaumensegels saß, so war der zweite Fall interessant durch die Größe der Geschwulst — die einer Mandarine — und das Alter der bereits 55jährigen Pat. Im letzteren Falle hatte die Geschwulst 10 Jahre gebraucht, sich zur genannten Größe zu entwickeln; sie machte auch nur durch ihre Größe Beschwerden, störte die Sprache und das Kauen. Die Ausschälung der Geschwulst, die die Uvula völlig frei ließ, ausschließlich dem Gaumen angehörte, gelang leicht.

Reichel (Chemnitz).

35) **V. Cornil et E. Schwarz.** Note sur un cas de fistule du canal thyréoglosse.

(Revue de chir. XXIX. ann. Nr. 12.)

Die Beobachtung bezieht sich auf einen 18jährigen Fleischer, der seit 6 Jahren die Bildung einer kleinen Geschwulst unterhalb des Kehlkopfes in der Mittellinie

beobachtet, die vor etwa 2 Monaten aufbrach und seither sezernierte. Der Diagnose »angeborene Fistel« entsprechend wurde der ganze Kanal bis an das Corp. oss. hyoid. herauspräpariert, was zur prompten Heilung führte. In Serienschnitte zerlegt zeigte der Gang — ein Rest des His'schen Can. thyreoglossus — einfache Lichtung am Anfang und Ende, während der mittlere Teil durch Bindegewebseinwucherung in zahlreiche Verästelungen (bis zehn Lichtungen) geteilt erscheint. Die epitheliale Auskleidung besteht größtenteils aus Flimmerzellen.

Für weitere histologische Einzelheiten sei auf das Original mit den zahlreichen Abbildungen verwiesen. **Christel** (Metz).

36) **Potherat.** Lipome de la langue.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1150.)

Die in der Zunge seltene Geschwulst, ein hühnereigroßes Lipom, welches P. durch Ausschälung entfernte, hatte sich in einem Zeitraume von 15 Jahren zu ihrer jetzigen Größe langsam entwickelt und saß in der Dicke des linken Zungenrandes unter der Schleimhaut breit und ungestielt fest, verursachte keine Schmerzen, wohl aber erhebliche Störung der Sprache und des Kauaktes. Pat. war zur Zeit der Operation 44 Jahre alt. **Reichel** (Chemnitz).

37) **H. Gilford.** »Potato« tumours of the neck and their origin as endotheliomata of the carotid body, with an account of three cases.

(Practitioner 1904. Dezember.)

Verf. beschreibt drei Fälle von sog. Kartoffelgeschwülsten des Halses, welche er nach dem mikroskopischen Befund und dem Sitz als Endotheliome anspricht, die von der Carotisdrüse (Marchand) ihren Ausgangspunkt genommen haben sollen. Es handelt sich um Männer im Alter von 52, 62 und 74 Jahren, die sämtlich innerhalb kurzer Zeit starben und feste Drüsengeschwülste im oberen Drittel der Halsgegend aufwiesen, die mit dem Kopfnicker sowie den großen Halsgefäßen, namentlich der Carotis in der Bifurkationsgegend stark verwachsen waren. Fall 3 endete ohne Operation tödlich und zeigte Metastasen in der Leber.

Charakteristisch für diese Endotheliome des »Carotidenkörperchens« soll sein a. das Auftreten in der oberen Halspartie entweder ein- oder doppelseitig bei älteren Individuen, b. die feste Verwachsung mit der Carotis in der Bifurkationsgegend und Ausbreitung entlang der Gefäße.

Die von Hutchinson als »Potato tumours« bezeichneten Lymphome am Halse hält Verf. sämtlich für Endotheliome der Carotisdrüse.

Da nur eine frühzeitige ausgiebige Exstirpation Erfolg auf Heilung verspricht, und die Carotiswand vielfach von der Geschwulst durchwachsen ist, schlägt G. vor, etwa 8 Tage vor der Exstirpation eine temporäre Unterbindung der umwachsenen Carotis communis auszuführen, um im voraus eine genügende Blutversorgung der betreffenden Hirnhälfte zu erzielen, und nachher die Carotis communis und Carotis externa bis über die Abgangsstelle der Art. thyreoidea sup. hinaus mit den Drüsenmassen zusammen zu entfernen. Drei Mikrophotogramme und eine Photographie sind der Arbeit beigefügt. **Jenckel** (Göttingen).

38) **Klauber.** Über tödliche Blutungen im Gefolge der Tracheotomie.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 6.)

Eine dem Falle Taute's (s. dieses Blatt 1904 p. 879) ähnliche Beobachtung aus der Klinik Wölfler's. Bei einer 40jährigen Frau wurde wegen Luftröhrenkompression durch ein Aortenaneurysma die Tracheotomie notwendig; Einführen einer König'schen Kanüle. Nach 6 Tagen tödliche Blutung beim Kanülenwechsel. Die Sektion ergab mehrere Dekubitalgeschwüre der Luftröhre; eines derselben gehörte der stark verdünnten Kompressionsstelle an und wies zwei feine Öffnungen auf, durch welche Luftröhre und Aneurysmasack kommunizierten.

Verf. rät, in solchen Fällen die zur Zeit der Behandlung der Kranken noch nicht bekannte Tavel'sche Trachealdoppelkanüle (s. dieses Blatt 1903 p. 81) anzu-

wenden, damit wenigstens die durch den häufigen Wechsel einer einfachen Kanüle immer gesetzten Schleimhautverletzungen vermieden werden.

Gutzeit (Neidenburg).

39) **Downie.** Portions of the seed-capsule of an apple which were impacted in the subglottic region of the larynx of a child 2 years old.

(Glasgow med. journ. 1904. Dezember.)

Ein 2jähriges Mädchen begann plötzlich ohne bekannte Ursache bei der Atmung ein eigenartiges Geräusch hören zu lassen, für welches ein Grund auch bei sorgfältiger ärztlicher Untersuchung nicht gefunden wurde. Das Geräusch hörte sofort nach der Tracheotomie auf. Es wurde nun ein Stück Gaze von der Tracheotomiewunde durch den Kehlkopf gesteckt und zum Munde herausgezogen. An ihm hafteten drei Stücke eines Kerngehäuses vom Apfel. Heilung.

W. v. Brunn (Marburg).

40) **J. L. Faure.** Sur un cas de plaie du canal thoracique.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 991.)

Gelegentlich der Exstirpation eines karzinomatösen Lymphdrüsenpaketes der linken Oberschlüsselbeingrube verletzte F. den linken Ductus thoracicus kurz vor seiner Einmündung in die Vene, obwohl er bei der Operation auf die gefährliche Nähe des Milchganges geachtet hatte. Er schloß die kleine Wunde, aus der klare Flüssigkeit austrat, durch eine Art Seidenligatur, die eine gewisse Verengerung des Kanales zur Folge hatte, oberhalb deren er sich alsbald bis zu 4 mm ausdehnte. Dicht vor der Mündung vereinigte sich mit ihm noch ein anderer, 2 mm im Durchmesser messender Lymphstrang. Da sich im weiteren Verlaufe der Operation herausstellte, daß die primäre Geschwulst von der Lunge ausging, wurde die Operation abgebrochen. Auf den Heilungsverlauf der Wunde hatte die Verletzung des Hauptlymphstammes keinen anderen Einfluß, als daß es vorübergehend zu einer kleinen Lymphfistel kam.

(Ref. beobachtete gleichfalls einmal eine Verletzung des linken Ductus thoracicus nach Exstirpation eines sehr großen tuberkulösen Lymphoms. Der Unfall wurde erst am Tage nach der Operation durch den massenhaften Ausfluß milchiger Lymphe aus dem Drainrohr entdeckt. Der Lymphfluß währte ca. 12 Tage, hörte dann von selbst auf. Die Heilung erfolgte ohne weiteren operativen Eingriff.)

Reichel (Chemnitz).

41) **P. Lecène.** Plaies opératoires du canal thoracique dans la région cervicale.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 12.)

Zu den bisher auffindbaren Publikationen von operativer Verletzung des Ductus thoracicus fügt Verf. eine neue, deren Interesse vor allem in dem günstigen Verlaufe des Falles zu erblicken ist. Bei der Entfernung tuberkulöser Lymphdrüsen aus der linken Fossa supraclav. bemerkte Verf. nach der Durchtrennung eines für Verwachsung gehaltenen Stranges rhythmischen — mit der Exspiration isochronen Ausfluß einer wasserhellen, dann auch mit weißlichen Streifen vermischten Flüssigkeit; sie quoll aus einer dicht unter dem Tuberc. de Chassaignac (Tub. caroticum) vor dem Scalenus gelegenen, 2 mm im Durchmesser zeigenden Öffnung des Ductus thoracicus; diese, das peripherische Ende des Kanales, wurde durch Catgutligatur verschlossen; die Heilung verlief reaktionslos.

Der Fall gab zu mancherlei Erwägungen Anlaß; an einigen anatomischen Präparaten ließ sich feststellen, daß in vielleicht $1/3$ der Fälle der Ductus thoracicus mit hoher Biegung sich in die V. subcl. sin. ergießt; sie wird natürlich eher dem ungünstigen Ereignis aussetzen, wie das tiefere Eintreten, besonders da in der überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen tuberkulöse Lymphome Anlaß zu dem Eingriffe waren. Die Folgen der Verletzung sind sehr verschieden, von manchen

als schwer — Durst, Trockenheit, Abmagerung, profuse Lymphorrhöe — beschrieben. Sie werden im wesentlichen durch zwei Punkte bestimmt: 1) ist der Kanal als solitärer durchschnitten, oder wurde nur ein Nebengang getroffen, deren im Verhältnis von 5:24 mehrere bestehen können; 2) wurde die Verletzung sofort bemerkt, oder erst später? Traf letzteres zu, wurde unter Schmerzen die Wunde mit Lymphe angefüllt; es bildete sich Schwellung, die zur Lösung der Naht zwang. Im anderen Falle wurde entweder tamponiert oder unterbunden, einmal sogar erfolgreich (Cushing) genäht. Wo irgend die Möglichkeit sich bietet, das periphere Ende abzubinden, ist dies Verfahren allen anderen vorzuziehen und hat bisher die besten Erfolge gegeben; auch eine feste Tamponade wird im Notfall unangenehmen Folgen vorbeugen. **Christel** (Metz).

42) **L. Baron.** Ein Fall von Herzverletzung mit Hirnembolie.

Diss., Leipzig, 1904.

Ein 22jähriger Mann fügt sich einen Pistolenschuß in die Herzgegend zu und verliert alsbald das Bewußtsein. Einschuß im 4. linken Interkostalraum unterhalb und medial von der Brustwarze. Das Geschoß fühlt man an der gebrochenen 10. Rippe unter der Haut, hinten, links von der Wirbelsäule. 2 Tage später rechtsseitige Facialis- und Armlähmung, Sprachstörung, anfänglich keine deutlichen Zeichen der Herzverletzung, später Zeichen von Mitralinsuffizienz. Verf. nimmt eine Verletzung der Herzspitze an und deutet die Lähmungserscheinungen, welche übrigens erheblich zurückgingen, als Folgen einer Hirnembolie.

Stolper (Göttingen).

43) **M. M. Dieterichs.** Hysterische Geschwülste der Mamma.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Der Anstoß zur Entwicklung hysterischer Brustdrüsengeschwülste, also in einem Organe, das in engem Zusammenhange mit den Geschlechtsteilen steht, wird nach D. am häufigsten durch irgendwelche Affektionen der letzteren gegeben. In zweiter Reihe stehen Traumen, denen auch insofern eine gewisse Bedeutung zukommt, als sie die Aufmerksamkeit der Pat. auf die Brust lenken.

D. teilt drei Fälle mit:

1) 40jährige Virgo, die seit mehreren Jahren in den oberen äußeren Quadranten beider Brüste kleine Geschwülste hatte, welche in letzter Zeit hin und wieder Schmerzen machten unter gleichzeitigen Menstruationsstörungen. Die Geschwülste waren walnußgroß (wenn Pat. lag kleiner), fest, von der Umgebung ziemlich deutlich abzugrenzen, wenig beweglich. Jede Berührung schien schmerzhaft. Nach einiger Beobachtung wurde die Diagnose gestellt und der Pat. neben Haemolum bromatum ein entsprechendes allgemeines Verhalten verordnet. Im Laufe der nächsten 2 Jahre schwankten die Geschwülste zwar öfter in Größe und Konsistenz, wuchsen aber nicht. Das Allgemeinbefinden der Kranken hob sich außerordentlich.

2) Eine D. als Hysterica schon lange bekannte Schauspielerin, die vor $1^1/_2$ Jahren eine schwere Unterleibsentzündung hatte, berichtete, daß sie, nach Absolvierung einer sehr anstrengenden Rolle nach Hause kommend, »zufällig« eine schmerzhafte, »hühnereigroße« Geschwulst in der linken Brust gefühlt habe. Am nächsten Tage hatte sie außerordentlich heftige Schmerzen in der Geschwulst, die jedoch auf Morphium über Nacht nachließen. Die Geschwulst selbst schwand ebenso wie die Schmerzen im Laufe der nächsten 3 Tage. Pat. war darauf monatelang gesund, bis eines Tages, nachdem schon einige Zeit Menstruationsunregelmäßigkeiten bestanden hatten, die Geschwulst wieder da war. Sie war diesmal nicht so schmerzhaft, blieb aber von jetzt ab bestehen. Zur Zeit der Menses und wenn Pat. starke Erregungen durchmachte, schwoll die Geschwulst vorübergehend an, wurde aber mit jedem Male härter. Bei der Pat. setzte sich schließlich die Idee fest, sie habe Krebs, weshalb sie zu D. kam mit der Forderung, er solle ihr die »gefährliche Geschwulst« wegschneiden. Da Pat. sich durchaus nicht belehren ließ, blieb nichts übrig, als sie zu operieren. Mikroskopisch: um die Drüsenläppchen reichliches

junges Bindegewebe, das weiterhin in ödematöses, faseriges Gewebe überging; die Drüsenelemente selbst waren unverändert.

3) Die 28jährige Pat. bemerkte vor 4 Monaten in ihrer linken Brust eine Geschwulst, die ihr heftige Schmerzen machte, mit den Menses an- und abschwoll. Zugleich fühlte Pat. sich überhaupt krank, nervös, hatte Kopf- und Rückenschmerzen, Muskelzuckungen. Sie war hereditär belastet. Die Geschwulst hatte die Größe einer kleinen Walnuß, wurde, wenn Pat. lag, kleiner und weicher, schien durch einen dünnen Strang mit der Mammilla zusammenzuhängen. Ordo: Haemolum bromatum, Bäder, Diät, Motion.

Die Geschwulst bildete sich völlig zurück, alle nervösen Beschwerden schwanden.

V. E. Mertens (Breslau).

44) **J. Delage** et **Massabiau.** Les lipomes du sein et de la région mammaire.

(Revue de chir. Ann. XXIV. Nr. 10.)

Die Lipome der Mamma sind erst seit Astley Cooper bekannt, der 1831 zwei Fälle beschrieb; seither ist die Zahl der publizierten Fälle auf ca. 18 gewachsen. Die Beobachtung der Verff. betrifft eine 52jährige Frau, der bereits 10 Jahre früher ein lipomatöses Geschwülstchen von der Brust entfernt war. Seit 6 Jahren hatten sich die jetzt vorhandenen drei nuß- bis enteneigroßen Geschwülste entwickelt. Sie wurden leicht entfernt und mikroskopisch als reine Lipome erkannt.

Sie können sowohl extra-, wie intraglandulär, letzteres freilich sehr selten, entstehen, subkutan und retroglandulär gelegen sein. Langsam wachsend machen sie keine oder selten Beschwerden und können das beträchtliche Gewicht von 15 kg erreichen. Kurze Wiedergabe der verschiedenen Publikationen schließt die Abhandlung.

Christel (Metz).

45) **Alice Magaw.** Observations drawn from an experience of eleven thousand anaesthesias.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. November 12.)

Ein schätzenswerter Beitrag zur Bewertung der Äthertropfnarkose, die M. außer bei akuten Erkältungen bevorzugt. 11000 Narkosen verliefen ohne Todesfall, ja, ohne daß — in 6 aufeinander folgenden Jahren — ein einziges Mal künstliche Atmung nötig wurde. Die Empfehlung, die Narkose im Anfange nicht durch Transport des Kranken und andere Störungen zu erschweren, sondern ihm vielmehr mit aller Ruhe das Einschlafen zu suggerieren, verdient hervorgehoben zu werden.

Lengemann (Bremen).

46) **Zesas.** Zur Frage der Herzmassage beim Chloroformkollaps.

(Wiener med. Wochenschrift 1904. Nr. 32.)

Kurze Mitteilung über zwei Beobachtungen von Mauclaire-Paris, in denen sowohl die unmittelbare Herzmassage und Elektrisation auf dem Wege durch das Zwerchfell hindurch bei einer Bruchoperation, wie auch die stoßweise Einflößung von 200,0 Hayem'schen Serums von der Carotis aus gegen das Gehirn zu bei einer Wasserbauchoperation sich als erfolglos erwiesen.

Herm. Frank (Berlin).

47) **F. C. Wallis.** The results of two cases of injection of paraffin.

(Lancet 1905. Januar 28.)

Auf Grund zweier sehr wenig erfreulicher Beobachtungen nach Paraffininjektionen in die Ligg. lata bei Gebärmuttervorfall und in das pararektale Gewebe bei Mastdarmvorfall verwirft Verf. energisch die Paraffinmethode als Behandlung für solche Fälle, für die uns weit bessere andere Methoden zur Verfügung stehen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

48) **A. Selig.** Röntgenbehandlung einer Leukaemia myelolienalis.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 51.)

Der Fall ist besonders wegen der langen Nachwirkung des sehr günstigen Einflusses der Bestrahlungen auf die Verkleinerung der Milz, die Besserung der Erythrocytenverhältnisse, des Hämoglobingehaltes und des subjektiven Befindens auch nach Aussetzen der Röntgenbehandlung wegen Dermatitis bemerkenswert; als ein endgültig geheilter kann auch er nicht angesehen werden.

Gutzeit (Neidenburg).

49) **L. Bérard** et **L. Thévenot.** De l'obturation des cavitès osseuses pathologiques (plombage des os), d'après la méthode de Mosetig-Moorhof.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 4.)

Die Autoren haben mit der Anwendung der Mosetig'schen Jodoform-Knochenplombe ausgezeichnete Erfolge erzielt und geben sechs Krankengeschichten ausführlich wieder (Spina ventosa am Metacarpus; Osteomyelitis der unteren Tibiadiaphyse und des Sprunggelenkes, Talusexstirpation; Osteomyelitis der unteren Oberschenkeldiaphyse; Osteomyelitis des Oberschenkels, Osteomyelitis der oberen Oberarmdiaphyse; Osteomyelitis der oberen Schienbeinepiphyse). Der Erfolg hängt von der genauesten Befolgung der Mosetig'schen Vorschriften ab — absoluteste Ausmerzung auch der geringsten kranken Knochenstückchen mittels radikalst arbeitender Werkzeuge (Fräsen usw.) und vollkommene Austrocknung der Wunde. Die Plombe, besser gesagt: die plastische Füllmischung wird, wie das Skiagramm zeigt, mit der Zeit durch nachgebildete Knochenmasse ersetzt.

Herm. Frank (Berlin).

Deutsche Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.

1905.

Der IV. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie wird in der Osterwoche, am Dienstag, den 25. April 1905, im Langenbeck-Hause, Ziegelstraße 10/11, stattfinden. Die Eröffnung des Kongresses wird vormittags 9 Uhr erfolgen. In der Nachmittagssitzung findet die Generalversammlung statt. Als Hauptthema habe ich die Mechanik der Skoliose ausersehen. Das Referat haben gütigst die Herren Schulthess-Zürich, Schanz-Dresden und Lovett-Boston übernommen. Vorträge und Mitteilungen bitte ich möglichst bald — spätestens bis zum 1. März — bei Herrn Prof. Dr. Joachimsthal, Berlin W., Magdeburgerstraße 36, anzumelden.

Vorzustellende, von auswärts kommende Kranke finden in der Kgl. chirurgischen Klinik Sr. Exzellenz des Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. v. Bergmann (Ziegelstr. 5/7) Aufnahme.

Anmeldungen neuer Mitglieder bitte ich mit der Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft gleichfalls an Herrn Prof. Dr. Joachimsthal zu richten.

v. Mikulicz,
Vorsitzender für 1905.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 9. **Sonnabend, den 4. März.** **1905.**

(Mitteilung aus der chir. Abteilung des St. Stephanspitals in Budapest.
Primarius: Prof. Dr. E. v. Herczel.)

Modifikation der Bassini'schen Radikaloperation der Leistenbrüche.

Von

Dr. Eugen Alexander Pólya,
Assistenzarzt.

Die Bassini'sche Operation ist zweifellos das verläßlichste und auch meistgeübte Verfahren zur Radikalheilung der Leistenbrüche, doch werden auch hierbei Rezidive in nicht geringer Anzahl beobachtet. Diese Rezidive lassen sich in zwei Gruppen teilen:

1) kann die Unvollkommenheit des Bruchpfortenverschlusses zum Rezidiv führen. Insbesondere bei großen Brüchen, aber auch manchmal bei kleineren ist die Distanz zwischen der Muskulatur und dem Poupart'schen Bande so beträchtlich, daß diese Gebilde, wenn überhaupt, nur unter großer Spannung vereinigt werden können. In anderen Fällen ist die Muskulatur so schwach, daß der Faden schon bei mäßiger Spannung dieselbe durchschneidet oder wenigstens beim Anziehen des Fadens ein Riß in den Muskelbündeln entsteht. Die größte Schwierigkeit bietet der Verschluß immer im medialen Winkel des Leistenkanales; hier gehen nämlich die Mm. transversus und obliquus internus in ihren tendinösen Teil resp. in die Rectusaponeurose über; deshalb ist ihr unterer Rand nicht mobil, und doch steht dieser untere Rand eben hier oft in einer Distanz von 3 cm oder noch mehr über dem Poupart'schen Bande. — Eine andere schwache Stelle befindet sich bei **allen** nach Bassini operierten Brüchen dort, wo der Samenstrang durch die Muskulatur tritt. Den Samenstrang übermäßig zu komprimieren ist nicht erlaubt, und da der Bruchsackstumpf, wie hoch wir ihn auch unterbinden mögen, immer in der Nachbarschaft des Funniculus zurückbleibt, ist die Gelegenheit zu einem neben dem Samenstrang entstehenden und fortschreitenden Rezidiv für alle Fälle gegeben. — Und die klinische Erfahrung zeigt es auch, daß fast alle Rezidive nach der Bassini'schen Operation an den beschriebenen zwei Stellen: an der inneren oder äußeren Ecke des Leistenkanales entstehen.

2) Die zweite Ursache der Rezidive bilden Eiterungen, Hämatome, zu rasche Resorption der angelegten Nähte, Durchschneidung, Reißen der Nähte infolge von vielem Pressen oder zu frühem Aufstehen nach der Operation usw.

Während die Rezidive der zweiten Kategorie nur durch strenge Befolgung allgemeiner chirurgischer Regeln (rigorose Asepsis, minutiöse Blutstillung, richtige Wahl des Nahtmateriales, entsprechende Ruhe in der Nachbehandlung, gute, leichte Narkose) sich verhüten lassen,

können wir die ersterwähnte Art der Rezidive nur durch die möglichst günstige Gestaltung der anatomischen Verhältnisse bekämpfen, und in erster Reihe müssen wir trachten, den dauerhaften Verschluß des Leistenkanales an den früher erwähnten schwachen Stellen zu sichern. Die Vernähung der Mm. transversus und obliquus int. mit dem Poupart'schen Bande wird wesentlich erleichtert durch Abpräparierung dieser Muskel-Fascienschicht vom Bauchfell, welche Maßnahme schon von Bassini empfohlen wurde, aber doch von vielen Operateuren vernachlässigt wird. — Trotz dieser Abpräparierung kommt es oft vor, daß man im medialen Winkel des Leistenkanales die breiten Bauchmuskeln nicht zum Poupart'schen Bande herabziehen kann, und für diese Fälle empfahl schon Bassini, den freien äußeren Rand des M. rectus an das Leistenband zu nähen. — Zur Vermeidung jedweder Spannung ist es ratsam, bei diesem Akte die Aponeurose am freien Rectusrande einzuschneiden, etwas über der Stelle, wo der untere Rand des M. transversus und obliquus internus mit dem lateralen Rectusrande zusammenstoßen. Dann können wir in die Naht sukzessive den Rand des M. rectus, den gegen das Poupart'sche Band zurückgeschlagenen Lappen der Rectusaponeurose hineinnehmen. — Dieses Verfahren übt Prof. v. Herczel schon seit vielen Jahren; in der Literatur wurde es von Berger erst im Jahre 1902 empfohlen, besonders bei schwacher Muskulatur. Er eröffnet die Rectusscheide in einer Länge von 8—10 cm und bedeckt durch den so entstehenden Aponeuroselappen die ganze Bassini'sche Naht; nun näht er zum medialen Rande des in der Rectusscheide befindlichen Defektes den unteren Lappen der Obliquusaponeurose. Der obere Aponeuroselappen wird mit dem Poupart'schen Bande vereinigt. Wir legen in der Rectusscheide nur einen 4—5 cm langen Schrägschnitt an, eben genug, um den schon öfters erwähnten ominösen Winkel zwischen den Mm. rectus und transversus mobilisieren und so den Leistenkanal auch in seinem äußeren Drittel komplett verschließen zu können.

Zur Verhütung der Rezidive an der Durchtrittsstelle des Samenstranges sind schon viele Verfahren empfohlen worden, welche teils durch Reduktion der Dicke des Samenstranges (Halsted erhält nur das Vas deferens mit 1—2 Venen), teils durch Verlagerung diesen Zweck zu erreichen trachten.

So hat Wölfler den Hoden vom Gubernaculum Hunteri abgelöst und ihn dann hinter den Rectus und zwischen beide Recti in der Mittellinie wieder heraus ins Scrotum heruntergeführt; Ullmann empfahl, den Hoden in die Bauchhöhle zurückzulegen; manche verlagern den Samenstrang unter die Haut, nachdem sie durch Einschnitt in den Muskel seine Durchtrittsstelle mehr lateral angebracht haben (Halsted, Postempski). Andere ließen den Samenstrang zwischen den Schichten der Muskulatur (Hadra) in der Form einer Wellenlinie, teils unter der Haut (Phelps) oder ganz unter der Muskulatur (Maydl, Berger) verlaufen; wieder andere meißelten für ihn einen Kanal im Os pubis aus (Frank, Nélaton, Ombredane). —

v. Herczel versuchte vor mehreren Jahren die folgende Art der Verlagerung: er nähte nicht die freien Ränder des in der Aponeurose des Obliquus descendens befindlichen Schnittes zusammen, sondern eine von denselben in der Entfernung von je 1 cm befindliche Wulst der Aponeurose. — Die freien Ränder nähte er dann über den Samenstrang zusammen. — Da er einmal eine Fasciennekrose bekam, wurde das Verfahren verlassen und nicht publiziert.

Das Wesen meines Verfahrens bildet ebenfalls die Verlagerung des Samenstranges: Der Samenstrang wird nämlich durch einen durch die Obliquusaponeurose gebildeten Sporn scharf abgeknickt, und zwar in der Weise, daß er nach seinem Austritt unter der Muskulatur zuerst nach außen oben hinzieht und dann, sich plötzlich nach unten wendend, in einem von der Aponeurose gebildeten engen Kanale, der knapp den Funiculus einschließt, weiter verläuft. Zugleich wird die Bassini'sche Naht durch Vereinigung des oberen Aponeuroselappen mit dem Poupart'schen Bande entspannt und verstärkt.

Das Herabziehen des oberen Wundrandes der Obliquusaponeurose vom Poupart'schen Bande wurde schon von Girard[1] bei großen Leistenbrüchen empfohlen. Er verdoppelt noch die Aponeurose durch Zurückschlagen seines unteren Lappens. — Für den Austritt des Samenstranges wird am unteren Wundrande eine kleine Öffnung gelassen. Dieses Verfahren, wie auch dasjenige von Berger, welches ich vorher beschrieb, verstärken jedenfalls in sehr hohem Maße die Bassini'sche Naht, doch glaube ich, daß durch Knickung und Verlagerung des Samenstranges in einen engen Kanal eine noch größere Sicherheit gegen die neben dem Samenstrange hervortretenden Rezidive erlangt wird. Da der den Samenstrang beherbergende Kanal möglichst eng angelegt werden soll, ist es angezeigt, den Umfang des Samenstranges möglichst zu verringern; deshalb erhalten wir von den den Leistenkanal ausfüllenden Gebilden nur das Vas deferens mit dem Plexus pampiniformis und exstirpieren in der ganzen Länge des Leistenkanales den Cremaster, sowie diejenigen Hodenvenen, welche nicht mit dem Funiculus zum inneren Leistenringe verlaufen, sondern, sich von ihm beim äußeren Leistenringe trennend, mehr medial gegen die Fascia transversa hinziehen, um sich in die Epigastrica zu entleeren und auch die dem Processus vaginalis der Fascia transversa entsprechende, bei Hernien zumeist stark verdickte Bindegewebsschicht. — Unser Vorgehen gestaltet sich folgendermaßen:

1) Hautschnitt, parallel dem Poupart'schen Bande, exakte Blutstillung.

2) Trennung der Aponeurose des Obliquus externus, etwas konvergierend nach hinten zu mit dem Poupart'schen Bande. Schnitt von

[1] Leider konnte ich mir keine Originalmitteilung verschaffen, und ich kenne das Verfahren nur aus dem Handbuche der praktischen Chirurgie von Bergmann-Bruns-Mikulicz. II. Ausgabe. Bd. II. p. 940.

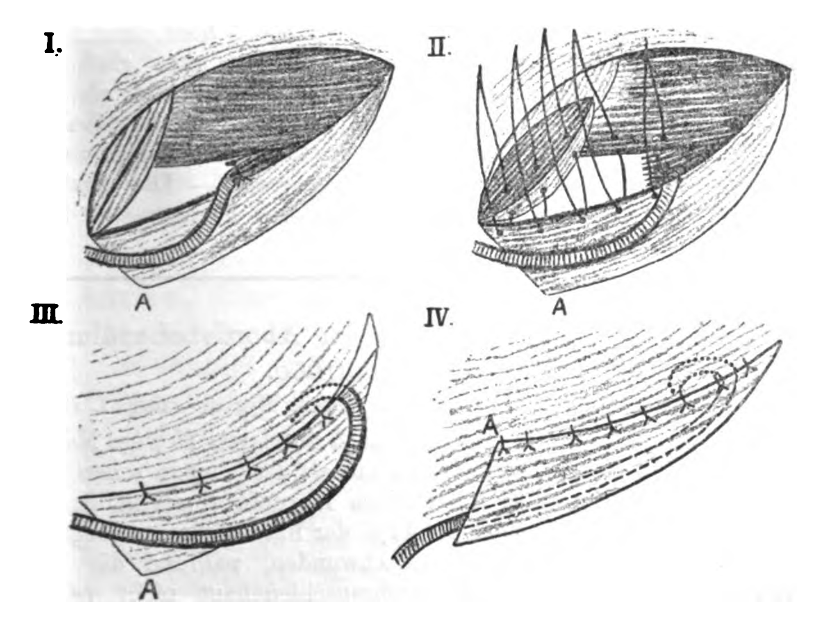
dem oberen Winkel des äußeren Leistenringes ausgehend, endet ca. 4 cm nach außen vom inneren Leistenringe.

3) Exstirpation des Bruchsackes.

4) Der untere Lappen der Obliquusaponeurose (die Spitze des Lappens ist mit *A* bezeichnet in der Figur) wird mit Klemmen stark heruntergezogen, das Poupart'sche Band gut sichtbar gemacht.

5) Die Rectusscheide wird schräg in einer Entfernung von 1 cm von ihrem äußeren Rande und parallel zu ihm eingeschnitten und der so gewonnene Fascienlappen gegen das Poupart'sche Band zurückgeschlagen (Fig. 1).

6) Bassininähte; die erste Naht wird über der Austrittsstelle des Samenstranges in der Weise angelegt, daß wir den Funiculus kräftig nach auswärts und aufwärts ziehen lassen und die über ihm befind-



liche Muskelpartie mit dem unter ihm liegenden Punkte des Poupart-schen Bandes vereinigen und auch den Cremasterstumpf in die Naht nehmen; nun wird die Muskel-Fascienplatte bis zum Tuberculum pubicum mit dem Poupart'schen Bande vereinigt, beim Rectus müssen wir auch den nach unten zurückgeschlagenen Scheidenteil in die Naht nehmen; als Nahtmaterial verwenden wir zu den Nähten, welche die größte Spannung aushalten — so zur ersten Naht, welche neben dem Samenstrangaustritt angelegt ist —, wie zu den Nähten, welche den Winkel zwischen Obliquus int. und Rectus zum Poupart'schen Bande herabziehen, manchmal auch zu den Rectusnähten Seide, in den übrigen Catgut. — Die Art der Nahtanlegung demonstriert Fig. 2.

7) Den oberen Wundrand der Obliquusaponeurose nähen wir mit feiner Seide an das Poupart'sche Band, nachdem wir die Aponeurose

abpräparierten, und zwar so, daß diese Nahtlinie mit ca. 3 cm die Austrittsstelle des Samenstranges nach außen überschreitet (Fig. 3). Die gebrochene Linie bedeutet den unter der herabgezogenen Aponeurose liegenden Teil des Samenstranges.

8) Indem wir den Samenstrang stark nach unten ziehen wird der untere Lappen der Obliquusaponeurose mit feinen Seidennähten über dem Samenstrange zum oberen Teile der Aponeurose angenäht (Fig. 4).

9) Hautnähte. — Die umstehenden Figuren erklären genügend das Verfahren.

Diese Methode zu erproben hatten wir in Prof. v. Herczel's Abteilung bisher in 47 Fällen Gelegenheit, und wir konnten uns überzeugen, daß man sie an Hernien von verschiedenster Größe (bis mannskopfgroß) gut ausführen kann; die Vernähung der verschiedenen Schichten geht leicht und ohne Spannung von statten. Eine Ernährungsstörung des Hodens konnten wir nie beobachten, und die Fälle heilten alle, mit Ausnahme einzelner Hämatome, ganz glatt. — Die operierten Fälle sind seit viel zu kurzer Zeit beobachtet, als daß die Rezidive überhaupt in Frage kommen könnten, jedenfalls scheinen die durch dieses Verfahren geschaffenen anatomischen Verhältnisse das Zustandekommen derselben sehr zu erschweren. — Die Ausführung ist leicht und gefahrlos und sei sie darum den Fachgenossen zur Erprobung empfohlen.

---

1) **R. Lücke.** Über den Wert der Abortivbehandlung der akuten Gonorrhöe.

(Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene Jahrg. I. Hft. 9.)

Verf. benutzt als dem Protargol noch überlegen 15%ige Novarganlösungen. Von dieser Lösung wird mittels des Guyon'schen Instillationskatheters $^1/_2$ ccm über die vordere Harnröhre verteilt, in 24- bis 36stündigen Zwischenräumen. In 41% der Fälle waren nach spätestens einer Woche die Gonokokken verschwunden, während die Bildung späterer Infiltrationen der Harnröhrenschleimhaut nicht verhindert wurde.

Willi Hirt (Breslau).

2) **C. Doktor.** Beziehungen des Bakterium coli commune zur Schwefelwasserstoffgärung des Harnes.

(Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene Jahrg. I. Hft. 9.)

Verf. zieht nur früh gelassenen, nicht zersetzten Urin in Betracht und kommt auf Grund seiner Experimente zu dem Schluß, daß das lebende, im Harne H_2S-Gärung erzeugende Ferment ein dem Bakterium coli commune identischer Mikrobe ist; auf Grund dieser Tatsache will Verf. eine Methode ausarbeiten, die die sichere differentialdiagnostische Unterscheidung des Bakt. coli com. vom Typhusbazillus in einfacher und kurzer Weise ermöglicht.

Willi Hirt (Breslau).



3) **Asch** (Straßburg). Urethroskopischer Beitrag.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XV. Hft. 10.)

Einleitend bemerkt A., daß man, um die Schleimhaut der Harnröhre in ganzer Ausdehnung zu sehen, genügend weite Tuben (Charr. Nr. 26—30) anwenden müsse und beschreibt dann 2—5 mm lange und 1—2 mm breite Rhagaden, welche er in der Pars membranacea, bulbosa und cavernosa von mit chronischem Tripper behafteten Pat. gesehen hat und welche bis jetzt noch nicht genügend beachtet wurden. Den Vorwurf, daß dieselben durch die dicken Instrumente verursacht seien, weist er von vornherein zurück. Die Behandlung bestand in Bestreichen mit Jodtinktur und nachheriger Berührung (sic!) mit Suprarenin (Adrenalin versagte zu diesem Zwecke). **Fr. Brunner** (Zürich).

---

4) **P. Riche.** Contribution au traitement des ruptures de l'urètre membraneux. — Rapport par M. Bazy.

(Bull. et mém. de lc soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1056.)

R. empfiehlt auf Grund einer Beobachtung zur leichteren Auffindung des hinteren Endes der Harnröhre bei kompletten Harnröhrenzerreißungen den zwischen beiden Sitzhöckern geführten Querschnitt statt des nicht geübten Längsschnittes in der Raphe perinei.

Reichel (Chemnitz).

---

5) **C. Adrian.** Über syphilitische Harnröhrenstrikturen beim Manne.

(Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.)

Gummöse Strikturen bevorzugen im Gegensatze zu gonorrhoischen und traumatischen die distalsten Partien der Harnröhre. Gummata sind äußerst selten die Ursache von Strikturen. Die Strikturen auf Grund von Syphilis sind öfters sehr lang und nehmen leicht den Charakter der resilienten Striktur an.

Differentialdiagnostisch ist das ätiologische Moment zu berücksichtigen, desgleichen der Erfolg einer event. merkuriellen Kur. Für tiefsitzendes, primäres Karzinom der Harnröhre sprechen starke Blutungen, schnelles Wachstum, Leistendrüsenschwellung, Übergreifen auf die Haut mit multipler Fistelbildung, histologischer Nachweis des Karzinoms in ausgestoßenen Gewebsfetzen. Therapie: Merkurielle Kur; chirurgische Behandlung der sonst irreparablen Residuen.

Willi Hirt (Breslau).

---

6) **White.** The present position of the surgery of the hypertrophied prostate.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

Verf., der bereits 1893 eine größere Arbeit über die Behandlung der Prostatahypertrophie veröffentlichte, hat seine Ansichten über Entstehung und die Symptomatologie dieser Krankheit nicht, wohl aber

die über die Behandlung geändert. Symptomatische Behandlung mit Erweiterung der Harnröhre durch Sonden mit Blasenspülungen soll nur in ganz leichten Fällen im Frühstadium der Hypertrophie zugelassen werden. Die Bottini'sche Operation wird ganz verworfen, die Vasektomie und Kastration in gewissen Fällen zugelassen, aber als zweifelhaft in ihren Erfolgen angesehen. Von den Prostatektomien wird nur die totale Ausschälung von oben nach hohem Blasenschnitt und ohne Verletzung der Harnröhre als die einzig zu empfehlende Methode bezeichnet. Diese von Freyer zuerst in 110 Fällen angewandte suprapubische Enukleation ergab nur eine Sterblichkeit von 9%; da von den 10 Todesfällen jedoch nur 5 der Operation zur Last gelegt werden konnten, so erniedrigte sich die Sterblichkeit auf 6%. In 97 Fällen von den 110 Operierten war ein voller Erfolg zu verzeichnen.

Herhold (Altona).

---

7) **J. Vogel.** Zur inneren Behandlung des Blasenkatarrhs.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 1.)

Vier neue Mittel — Helmitol, Neuurotropin, Hetralin und Griserin — sind vom Verf. auf ihren therapeutischen Nutzen bei Blasenkatarrh geprüft worden. Die mittels der Transparenzbestimmung des Urins erhaltenen und durch mehrere Krankengeschichten erläuterten Resultate erkennen keines der vier Mittel als zuverlässiges Harndesinfiziens an und lassen nur als einen gewissen Vorteil derselben gelten, daß sie bei chronischen Fällen einen Wechsel der Therapie ermöglichen. Das Urotropin und das Sandelöl stehen nach Ansicht des Verf.s immer noch an der Spitze der Medikamente gegen Blasenkatarrh, doch ist auch ihre Heilkraft an bestimmte Grenzen gebunden.

Grunert (Leipzig).

---

8) **Rydygier.** Considérations sur la taille hypogastrique et notamment sur la technique de la suture de la vessie.

(Arch. internat. de chir. Vol. II. Fasc. 1.)

Die Indikationsstellung für die Ausführung der Sectio alta auch selbst bei Blasensteinen ist noch keine präzise. Noch weniger sicher ist die Prognose der Operation, und über die beste Technik derselben herrscht ebenfalls noch keine Einigkeit. Im Gegensatze zu anderen Chirurgen, die die Sectio alta in jedem Falle von Blasenstein für indiziert erachten, ist R. der Ansicht, daß die Litholapaxie die Operation der Wahl sein müsse, falls keine Kontraindikation bestehe. Die Sectio alta besitzt ja zweifellos dadurch eine gewisse Überlegenheit über andere Operationsmethoden, daß durch sie die Auffindung und Entfernung des gesuchten Steines wohl in jedem Falle gelingt. Doch in einem wichtigen Punkte, nämlich der Gefährlichkeit dieser Operation, gestatten die vorliegenden Statisiken keinen einwandsfreien Schluß. Es rührt dies vor allem daher, daß die meisten Operateure den hohen Blasenschnitt nur bei den schwereren Fällen anwenden. So hatte selbst ein Operateur wie Guyon in einer 10jährigen Opera-

tionsepoche die kolossale Sterblichkeitsziffer von 28%. »Die Kranken sterben eben nicht infolge der Operation, sondern trotz derselben auf Grund der vorher vorhandenen schweren Komplikationen.«

R. hat nun, von der Ansicht ausgehend, daß der hohe Blasenschnitt eine »sehr wenig gefährliche« Operation sei, sämtliche Fälle von Blasensteinen so operiert. Von diesen — allerdings nur 18 — Fällen endete keiner unglücklich. Der Verf. schreibt dieses gute Resultat seiner Operationstechnik zu.

R. ist erstens prinzipieller Anhänger des sofortigen und vollkommenen Schlusses der Blase. Zweitens führt er in jedem Falle einen Verweilkatheter ein, der gut überwacht werden muß. Weiter legt R. einen großen Wert auf die Technik der Blasennaht. Er hält trotz gegenteiliger Empfehlungen in bekannten Hand- und Lehrbüchern die Kürschnernaht für die zweckmäßigste Nahtmethode, da bei Vergrößerung bezw. Ausdehnung der Blase die Naht sich fester zieht und damit die Wundränder dichter aneinander bringt. Die Angst, daß bei Reißen der Naht ein großes Loch entstände, sei unberechtigt, da eben so gut durch ein kleines Loch aller Urin aus der Blase ausfließen kann (Simon). R. legt zwei fortlaufende Catgutnähte, ohne die Schleimhaut zu fassen. Von Wichtigkeit ist dabei, daß die Naht jenseits des Wundwinkels aufhört bezw. anfängt. Der Dauerkatheter bleibt 8—10 Tage liegen und muß gut überwacht werden. Die Bauchdecken werden bis auf eine kleine Drainageöffnung geschlossen.

Am Schluß teilt Verf. einen interessanten Fall von Blasentuberkulose mit Durchbruch in die Bauchhöhle mit, in dem er ein Stück der Blasenwand samt Peritoneum erfolgreich resezierte.

Engelmann (Dortmund).

---

9) **F. Suter** (Basel). Über den Harnscheider von Luys und die Ausscheidung von Indigokarmin durch die Nieren. Ein Beitrag zur funktionellen Nierendiagnostik.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1904. Nr. 18.)

S. hat gefunden, daß in Verbindung mit dem Luys'schen Harnscheider (Ann. des malad. des org. génito-urin 1903 Nr. 4) die von Heidenhain benutzte Methode der Indigokarmininjektionen (4 ccm einer 4%igen Lösung intramuskulär) eine Kontrolle für die gute Funktion des Instrumentes und wertvolle Aufschlüsse über die Funktion der Niere gibt, auch sehr einfach ist. Er belegt dies durch Mitteilung von 7 Fällen. Wo die Niere ganz degeneriert ist, kommt überhaupt kein Farbstoff, wo sie schwer krank ist, erfolgt die Ausscheidung verspätet, nach 30—40 Minuten, und sehr gering. Eine weniger erkrankte Niere scheidet geringere Quantitäten aus. Immer bleibt die kranke Niere zeitlich und quantitativ hinter der gesunden zurück.

Ein Vergleich der Leistungsfähigkeit dieser Methode mit der Phloridzinmethode ist an einschlägigen Fällen noch nicht gemacht.

Stolper (Göttingen).

---

10) **V. Margulies.** Zur Diagnose und Kasuistik der chirurgischen Nierenerkrankungen.

(Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene Jahrg. I. Hft. 8—12.)

Eingehende Würdigungen der modernen urologischen Untersuchungsmethoden, namentlich der Cystoskopie und des Harnleiterkatheterismus an der Hand zahlreicher selbst beobachteter und operierter Fälle.

Willi Hirt (Breslau).

---

11) **P. Alglave.** Dispositions vicieuses du côlon ascendent provoquées par l'abaissement du rein droit.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 12.)

Die mit 8 Figuren ausgestattete kurze Darstellung einiger Leichenbefunde, 4 von 8 benutzten weiblichen Kadavern entstammend, wird denen recht willkommen sein, welche im Krankheitsbilde der Enteroptose der Niere eine primäre Rolle zuschreiben. Das Lig. hepatocol. und sein Übergang zur parietalen Befestigung, als Toldt'sche Fascie beschrieben, steht in ziemlich fester Verbindung mit dem unteren Nierenpole. Beginnt nun die rechte Niere zu gleiten, so schiebt sie (anstatt wie Legueu meinte, unter das Mesokolon zu treten) das Kolon vor sich her, entsprechend den Anschauungen von Glantenay und Gosset. A. glaubt dies in seinen Präparaten recht deutlich zu erkennen. Außerdem ist der Blinddarm an Ort und Stelle geblieben. Nicht die Senkung des Kolon also hat die Niere nach sich gezogen, sondern der untere Nierenpol hat das Kolon eingeknickt; es entstehen weiterhin Kotstauungen, Reizungen, Verwachsungen, und somit die weitere Konsequenz, daß, wer Verdauungsstörungen durch Nephropexie bekämpfen will, auch mit den durch Verwachsungen ständig gewordenen Knickungen des Dickdarmes werde rechnen müssen.

Ref. möchte auf die Abbildungen 3 und 5 mit der Bemerkung hinweisen, daß sie wohl auch die Legueu'sche Deutung zulassen und A. uns die Erklärung schuldig bleibt, woher die Verwachsungen kommen, die über die Niere hinauf bis zum Querdickdarm und zur Leber ziehen, sowie dafür, warum die Niere sich primär senkt.

Christel (Metz).

---

12) **C. Mariani.** Proposta di nefropessi col passagio attraverso al rene del periostio della 12ª costa resecata.

(Gazz. degli ospedali 1904. Nr. 91.)

M. hat das im Titel angedeutete Verfahren an der menschlichen Leiche und an vier Hunden, welch' letztere er bis $2^1/_2$ Monate nach der Operation beobachtete, ausprobiert und ist geneigt, dasselbe zur Nephropexie auch am Lebenden zu empfehlen. Technik: Inzision entlang der 12. Rippe, Freilegung derselben, sorgfältige subperiostale Resektion eines etwa 8 cm langen Stückes dieser Rippe. Nun wird die Niere von der Fettkapsel befreit und ein Trokar quer von außen nach innen durch die Rindensubstanz gebohrt. Befestigung eines

Fadens an dem periostalen Hohlzylinder der resezierten Rippe und Durchführung des ersteren rückwärts durch den Trokar, so daß beim Zurückziehen desselben der Periostzylinder durch die Niere folgt. Die Resultate waren beim Hunde klinisch gute; bei der Sektion lag die Niere fest im Lager. Um das Periost leichte reaktive Bindegewebswucherung, keine Knochenneubildung. **A. Most** (Breslau).

---

13) **A. Yvert.** De l'intervention opératoire dans les néphrites et dans certaines affections médicales du rein.

(Revue de chir. XXIV. Nr. 9.)

Die Arbeit ist eine rosig gefärbte Übersicht über die Erfolge der chirurgischen Behandlung akuter und chronischer Nephritiden durch die bisher empfohlenen Operationsmethoden, besonders die Nephrotomie, Nephrektomie, die Dekapsulation und Nephrolyse. In der Absicht, rein technisch zu bleiben, vermeidet Y. — von einigen anatomischen Bemerkungen als Einleitung abgesehen — auf theoretische Betrachtungen und vor allem die bisherigen experimentellen Arbeiten zur Beleuchtung des Themas einzugeben; die Abhandlung gipfelt in der Empfehlung der von Pousson als entspannende, drainierende Operation empfohlenen Nephrotomie und gibt ihr der prompten Wirkung und geringeren Verletzung wegen den Vorzug vor der Enthülsung. Die Nephrektomie käme nur als zweite Operation, nach Versagen der Nephrotomie, in Frage. Zur Beurteilung seiner emphatischen Besprechung des Themas darf vielleicht auf die Verhandlungen des Kongresses der Deutsch. Ges. f. Chir. verwiesen werden. **Christel** (Metz).

---

14) **Odiorne** and **Simmons.** Undescended testicle.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

Eine sehr fleißige Arbeit mit guten Abbildungen; ihr Inhalt ist, kurz wiedergegeben, folgender. Es ist zu unterscheiden zwischen Ektopie des Hodens und nicht herabgestiegenem Testikel; im ersteren Fall ist das Organ von seinem Weg abgewichen, im zweiten Fall ist es auf dem Weg irgendwo stecken geblieben. Fehlt ein Hode im Hodensack, so kann nicht ohne weiteres von Monorchismus, sondern nur von Monokryptorchismus gesprochen werden. Die Ursachen für das Nichtheruntersteigen des Hodens können in Abnormitäten des Mesorchiums, des Lig. gubernaculi, des Leistenkanales, endlich in durch fötale Peritonitis hervorgerufenen Strängen bestehen. Der Hoden bleibt nun liegen 1) in der Bauchhöhle, 2) im Leistenkanal, 3) außerhalb des äußeren Leistenringes, 4) im obersten Teile des Hodensackes. Die Retention im Leistenkanal ist die häufigste, dann folgt die abdominelle. Klinische Erscheinungen machen meistens nur die inguinalen Retentionen, indem hier der Hoden durch Trauma oder infolge der dauernden Kompressionen durch die Bauchmuskeln sich entzündet. Der retinierte Hoden ist meistens funktionsuntüchtig, seine Albuginea

und das peritubuläre Gewebe ist fibrös verdickt und vermehrt; in dem intertubulären Gewebe finden sich interstitielle Zellen, die sonst nur bei Kindern vorkommen, in der Pubertät jedoch verschwinden. Auch die Grundmembran der Tubuli ist verdickt, in ihnen fehlen die spermaerzeugenden Zellen.

Von Komplikationen bei nicht herabgestiegenem Hoden wird als die häufigste die Hernie angetroffen; andere Komplikationen sind Hydrokele, Epididymitis gonorrhoica, Torsion des Samenstranges, bösartige Neubildungen.

Was die Behandlung anbetrifft, so soll man stets eingreifen, wenn der Hode bis zum 11. oder 12. Jahre nicht herabgestiegen ist, da er nach dieser Zeit bereits pathologische Veränderungen eingehen kann. Massage und manuelles Herunterziehen gibt nur in ganz leichten Fällen gute Resultate; daher ist die Operation die sicherste Behandlung.

Die Orchidektomie kommt nur bei ganz atrophischen oder kranken Hoden in Betracht; wenn die Orchipexie nicht möglich ist und der Hoden nicht aus äußeren Gründen entfernt werden soll, so kann man ihn in die Bauchhöhle zurückzubringen suchen. Am meisten ist naturgemäß die Orchipexie zu empfehlen, bezüglich welcher die Methode Katzenstein's beschrieben wird. **Herhold** (Altona).

---

15) R. Böhm. Über Punktion bei Epididymitis gonorrhoica.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 2.)

Verf. machte in der Klinik von F. Pick zwecks Gonokokkennachweis Punktionen des Nebenhodens bezw. des Ergusses in die Tunica vaginalis. Dabei beobachtete er als zunächst unbeabsichtigte Wirkung die auffallende Erscheinung, daß bei allen akuten Fällen, die mit Fieber und starken Schmerzen einhergingen, eine rasche Besserung eintrat, indem das Fieber in kürzerer Zeit abfiel, die Schmerzen schwanden und auch die Schwellung scheinbar früher zurückging. Die weitere Behandlung geschah mit 10%iger Guajakolvaseline, Jodkalikataplasma und immobilisierendem Suspensorium.

Als Erklärung für den Erfolg in den Fällen, in welchen Flüssigkeit nicht entleert wurde, nimmt B. eine Erleichterung der Resorption für die entzündlichen Exsudate infolge Durchtrennung der verschiedenen Gewebsschichten an. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

16) L. Lofton. An improvised method of operating for varicocele.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. November 19.)

L. empfiehlt eine kleine Modifikation der alten perkutanen Ligatur als Varikokelenoperation. Er führt die gekrümmte Nadel von einer vorderen Einstichstelle um den Plexus und auf der anderen Seite subkutan zurück und zur Einstichstelle wieder hinaus. Wenn es wünschenswert erscheint, wird das gleich noch an einer oder zwei Stellen wieder-



holt. Da die früheren Nachteile dieser Methode (Infektionen in der vorantiseptischen Zeit) heute bei strenger Asepsis kaum mehr in Betracht kommen, so verdient L.'s Vorschlag wohl insofern Beachtung, als die Kranken dabei kaum in der Ausübung ihres Berufes gestört werden. Seine Erfolge in 17 Fällen waren gut.

Lengemann (Bremen).

---

17) **Hennequin.** Le traitement des fractures.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1047.)

H. wendet sich mit scharfen Worten gegen die ambulante Behandlung der Frakturen der Unterextremitäten, insbesondere des Oberschenkels. Er kritisiert die in der Pariser chirurgischen Gesellschaft von Reclus und Delbet vorgestellten Fälle, deren Heilresultat nichts weniger als befriedigend genannt werden könne, hebt hervor, daß die Stützpunkte keines portativen Apparates ausreichen, um bei Schrägbrüchen eine Wiederverschiebung der Bruchstücke unter dem Einfluß der Muskelkontraktion und der Köperschwere zu verhindern, betont, daß die Vorteile des kürzeren Krankenlagers im Bett nur in sehr wenigen Fällen von Bedeutung sind, und empfiehlt die Behandlung mit seinem bekannten Streckapparate. **Reichel** (Chemnitz).

---

18) **Berger.** Sur le traitement des fractures par les appareils de marche.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1134. Diskussion p. 1153.)

B. verwirft die ambulante Behandlung von Oberschenkelbrüchen nahezu vollständig, rühmt hingegen die Methode der Extension mittels des Hennequin'schen Apparates als fast unübertrefflich. Das Prinzip des Verfahrens: »Ausübung des Zuges am unteren Fragmente durch Zug an dem im Kniegelenke halbgebeugten Unterschenkel« hält er für unangreifbar. Es entspricht diese Stellung der größten Kapazität des Kniegelenkes, also derjenigen Stellung, welche das gebrochene Bein wegen des die Fraktur meist begleitenden Flüssigkeitsergusses in das Kniegelenk von selbst einzunehmen strebt. Bei halber Beugung des Kniegelenkes befinden sich alle Muskeln, besonders die vom Becken zum Unterschenkel ziehenden, in gleicher Spannung und erleiden durch die Extension gleichmäßige Zugwirkung. Die mehr oder minder ausgesprochene Abduktionsstellung des Beines, in welcher der Hennequin'sche Apparat wirkt, bietet den Vorteil, das untere Fragment in die Verlängerung des an sich abduzierten oberen Bruchstückes zu bringen. Dabei läßt der Apparat Hüft- und Kniegelenk frei und vermeidet die durch die Extension bei gestrecktem Kniegelenke so oft bedingte langdauernde Versteifung dieses Gelenkes. — Nach B.'s Erfahrung verschafft der Hennequin'sche Apparat bei allen Frakturen des Oberschenkels eine Konsolidation ohne oder mit äußerst geringer Verkürzung von weniger als 1 cm bei einem Minimum von Versteifung

und Muskelatrophie. Dabei ist seine Anwendung einfach, jedem Arzte zugänglich. — Allen Methoden, Oberschenkelbrüche im Umhergehen zu behandeln, haftet hingegen der Nachteil an, daß die Apparate bezw. Verbände schwer anzulegen sind, beständige Überwachung verlangen, schwer und unbeholfen sind, eine wirklich freie Bewegung doch nicht gestatten, leicht zu Versteifung der Glieder führen, vor allem aber der Dislokation und Heilung mit starker Verkürzung nicht sicher genug entgegenarbeiten.

Bei Unterschenkelbrüchen will B. die ambulatorische Behandlung der einfachen Querbrüche ohne Dislokation oder isolierter Brüche nur eines der beiden Knochenschafte oder nur eines Knöchels mittels Kontentivverbänden gestatten; für alle anderen Brüche, bei denen die Neigung zur Dislokation größer ist, verlangt er Bettbehandlung.

Den vorstehenden Ausführungen B.'s schließen sich Lucas-Championnière, Quénu, Michaux, Broca, Bazy fast vollständig an; sie alle stimmen überein in dem Lobe des Hennequin'schen Apparates zur Behandlung der Oberschenkelbrüche. Nur bei den unmittelbar oberhalb der Kondylen sitzenden Frakturen hält Championnière seine Anwendung für sehr schwierig und bei den Schenkelhalsbrüchen für unnötig; Pat. mit letzteren läßt er ohne jeden Verband sehr früh umhergehen. Hingegen rühmen Quènu, Michaux, Bazy gerade auch bei Schenkelhalsbrüchen die Vorteile der Behandlung mittels des Hennequin'schen Extensionsapparates; er befreit die Pat. fast sofort von ihren Schmerzen, gestattet ihnen das Sitzen und entlastet das Hüftgelenk, schützt es vor Versteifung.

Reichel (Chemnitz).

---

19) **M. Frölich.** Hémophilie articulaire (arthrites hémophiliques).

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 4.)

Unter Mitteilung von 4 Beobachtungen an 4-, 7-, 9- und 20jährigen Personen (darunter drei männlichen) unterscheidet Verf. drei Formen, die akute, subakute und chronische Form, welche jede für sich ein abgeschlossenes Krankheitsbild darstellen. Höchstens kann einmal die subakut auftretende Gelenkstörung in ein chronisches Leiden übergehen. Die akute Blutergelenkentzündung verläuft in einem Anfall unter stürmischen Erscheinungen mit oder ohne besondere Veranlassung (Trauma) unter höherem Fieber, heftigen Schmerzen, Funktionsstörungen, starker Schwellung des Gelenkes und seiner Umgebung mit nachbleibender Ekchymose, und führt in etwa 10 Tagen zu vollkommener Rückbildung, auch wenn häufigere Rückfälle immer dasselbe Gelenk treffen. Häufiger verläuft das Leiden in der subakuten Form, mit ähnlichen aber milderen Erscheinungen, und in kürzerer Zeit, in etwa 3—6 Tagen, führt in der Regel aber auch immer wieder zur vollen Norm zurück, auch wenn sich die Krankheit in viel häufigeren Anfällen entlädt. Dagegen bleibt bei der chronischen Blutergelenk-

erkrankung zwischen den einzelnen sich mehr schleichend entwickelnden und nicht in so abgeschlossenen Anfällen verlaufenden Exazerbationen das Gelenk dauernd geschädigt, es kommt zu Verdickungen, Deformationen — und häufiger zu Verwechslungen mit der tuberkulösen Entzündung.

Während bei der dritten Form pathologisch-anatomische Befunde genug erhoben sind und hier auf die klassische Beschreibung von König verwiesen werden kann, fehlen solche bei den beiden ersten Formen in genügender Weise. Sicher kommt bei der akuten Form nicht nur im Innern des Gelenkes, sondern auch in den periartikulären Geweben ein Bluterguß zustande, nicht bei der subakuten. Für die Behandlung ist natürlich wichtig die Diagnose und für diese wiederum wichtig, daß man an die Bluterbeschaffenheit des Kranken denkt. Freilich kommen seltenere Fälle vor, wo diese sich vorher nicht bemerklich gemacht hat. Natürlich sind alle gewaltsamen und blutigen Eingriffe ausgeschlossen — Verf. kennt bei einem seiner Pat. den betrübenden Ausgang eines solchen —; die Behandlung trägt vorwiegend orthopädischen Charakter. **Herm. Frank** (Berlin).

---

20) W. Łapinski. Kampferthymol in der Behandlung tuberkulöser Knochen, Gelenke und Drüsen.

(Gazeta lekarska 1905. Nr. 1.)

Verf. berichtet, daß er seit 6 Jahren Kampferthymol mit gutem Erfolg in Form von Injektionen anwendet. In Eiterherde spritzt er unter streng antiseptischen Kautelen mit einer dünnen Kanüle 5,0 bis 10,0 alle 3 bis 8 Tage ein. In die Gelenke (vorwiegend das Knie) 1,0 bis 5,0. In isolierte Drüsen werden nur einige Tropfen injiziert und die Injektionen viele Male wiederholt. In der letzten Zeit spritzt Verf. anfangs Kampferthymol, später Jodoformemulsion ein. Ein statistischer Bericht über die Anzahl der Beobachtungen und die Erfolge ist nicht angeführt. **Bogdanik** (Krakau).

---

21) P. Glaessner. Die Little'sche Krankheit.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Während Freud u. a. die Little'sche Krankheit zu den infantilen Zerebrallähmungen rechnen und hemiplegische und diplegische Formen streng voneinander scheiden, bezeichnet Verf. dieselbe als eine zerebrospinale Erkrankung. Vom klinisch-praktischen Standpunkt aus schließt er sich der Einteilung der zerebralen Diplegien nach Hoffa an: 1) die Little'sche Krankheit im engeren Sinne des Wortes oder sog. angeborene spastische Gliederstarre (Rupprecht). Obere Extremitäten frei, häufig etwas Strabismus, Intelligenz völlig normal, Prognose sehr gut. 2) Allgemeine Starre: neben den unteren auch die oberen Extremitäten befallen; daneben zerebrale Störungen (Strabismus, Sprachstörungen). Intelligenzdefekte und nicht selten epi-

leptische Anfälle. Prognose für die Therapie schlecht. 3) Allgemeine Athetose. Prognose relativ günstig.

Unter Benutzung dieser Einteilung referiert Verf. über die umfangreiche Kasuistik der Hoffa'schen chirurgisch-orthopädischen Klinik. Dieselbe umfaßt 70 Fälle, von denen 53 Krankengeschichten mitgeteilt werden. Zur ersten Gruppe gehören 26, zur zweiten 23 und zur dritten 4 Fälle.

Im Anschluß an diese Mitteilungen erörtert Verf., daß wir eine einheitliche Ursache für die Little'sche Krankheit nicht kennen. Ferner faßt er die charakteristischen Symptome noch einmal übersichtlich zusammen und bietet damit eine gute Schilderung des ganzen Krankheitsbildes. Hieran schließt sich die Besprechung der pathologischen Anatomie, der Prognose, Diagnose und Therapie. Die wichtigeren Punkte sind noch einmal tabellarisch zusammengestellt; hierbei ist nur die operative Therapie berücksichtigt. Die Nachbehandlung wird am Schluß der Arbeit in einem eigenen Kapitel besprochen. Jede Therapie muß nach Hoffa darauf ausgehen, die Energie des corticomotorischen Neurons zu heben und die Wirkung des peripheren Neurons zu schwächen.

Die Mitteilung des wertvollen Materiales wird für jeden, der sich mit der Sache beschäftigt, von Interesse sein.

J. Riedinger (Würzburg).

---

22) **A. A. Mumford.** Child study and the treatment of paralysis in children.

(Lancet 1905. Januar 7.)

Jedes Kind ist in den ersten Lebensmonaten unfähig, seine Gliedmaßen in der für ihre Funktionen nötigen Weise zu gebrauchen. Erst allmählich lernt das Kind, durch Stoßen der Füße gegen das Bett, durch Kriechen auf allen Vieren, durch gleichzeitiges Festhalten des Körpers mit den Händen usw., die Beine zum Stehen und Gehen richtig zu gebrauchen. Besonders wichtig ist nach den Ausführungen Verf.s das Kriechen auf allen Vieren, da es die Abduktoren und Außenrotatoren des Oberschenkels entwickelt und Koordination in ihre und ihrer Antagonisten Funktion bringt. — Diese Betrachtungen veranlaßten Verf. zu dem Versuche, Kinder mit spastischen Lähmungen so zu behandeln, als wenn sie wieder von Ursprung an alle Bewegungen erst lernen müßten. Die Spasmen in den Beinen, und zwar in den Innenrotatoren und Adduktoren, beruhen auf Schwäche und Fehlern in dem gemeinsamen Zusammenwirken der Außenrotatoren und Abduktoren. Durch konsequent durchgeführtes Legen der Kinder auf den Bauch, verbunden mit Massage, Übungen, Kriechversuchen usw. gelang es Verf. die Steh- und Gehfähigkeit der Kinder erheblich zu bessern. Für die obere Extremität wurde in ähnlicher Weise die Kräftigung der Arme durch Übungen an Stützbarren durchgeführt. Auch die so oft mangelhafte Intelligenz der Kinder wurde durch die Selbstkontrolle bei den Übungen gebessert. — 5 Zeichnungen über die Erlernung des

Stehens und Gehens beim normalen Kinde tragen zur Anschaulichkeit bei.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

23) **P. Derocque.** Les résultats eloignés de la transplantation tendineuse dans la paralysie infantile.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 4.)

Gegenüber den unbestimmten oder ungenügenden Angaben der Autoren über die End- und Dauererfolge ihrer Sehnenüberpflanzungen (wobei übrigens daran erinnert werden mag, daß auch bei dem berühmten ersten Fall von Nicoladoni das zunächst gute Ergebnis nach der Mitteilung von Maydl später wieder umgeschlagen ist) hat Verf. sich der dankenswerten Mühe unterzogen, durch persönliche Erkundigungen bei den einzelnen Operateuren einen Gesamtblick darüber zu gewinnen, welchen wirklich brauchbaren Nutzen das Verfahren geschaffen hat. Das Fehlen einer lückenlosen Statistik beklagt er besonders bei den beiden Operateuren, welche über die meisten Erfahrungen zu verfügen haben müßten: Vulpius hat (bis 1902) von ca. 500 Fällen nur etwa über 35 eingehender berichtet, und Lange hat von 56 seiner Sehnenansatzverlagerungen nur über einige wenige gelegentlich wichtigere Mitteilungen gemacht (bis 1903). Seine persönlichen Erkundigungen zusammen mit den Fällen, welche er aus der Literatur ausziehen konnte, geben ein Material von 509 Fällen außer den eben genannten; aber auch von diesen ist nur ein Teil für die Statistik der Dauerergebnisse brauchbar, ein größerer Teil der Fälle charakterisiert sich ebenso wie die von Vulpius und Lange. Auch diese erweiterten persönlichen Bemühungen erlauben noch kein bestimmtes einheitliches Urteil über den Wert der Methode. Fest steht nur die geringe Gefahr für das Leben. Nur ein Pat. (Codivilla), dem wohl zuviel bei der Operation zugemutet worden ist, ist im Kollaps gestorben. Zweifellos gibt es Fälle, wo ein durch Kinderlähmung vollkommen unbrauchbares Glied nicht allein wieder funktionsfähig, sondern auch mit frischem Leben erfüllt worden ist — sogar dem gesunden Glied überlegenes Längenwachstum ist beobachtet. In anderen Fällen ist auch bei sonst gutem Heilungsverlaufe keinerlei Besserung der Funktion erzielt. Noch viel häufiger ist nach anfänglich anscheinend gutem Erfolge das Ergebnis zum Schluß viel ungünstiger geworden. Die Meinung der Operateure selbst über den Wert des Verfahrens ist auch keine einheitliche. Manche bleiben demselben treu, andere mit ebenso reichen Erfahrungen haben doch soviel überwiegende Mißerfolge, daß sie Knochenoperation, Arthrodesen zu Hilfe nehmen. Der Gesamteindruck des Verf.s ist der, daß die Erfahrungen von den Operateuren zu früh mitgeteilt werden, und deswegen heute ein Schlußurteil über die wirkliche Leistungsfähigkeit der Methode bezüglich des Dauererfolges und des Nutzens für das Leben noch nicht möglich ist. Die Autoren mit »den Hunderten von Fällen« sind eine Wiedergabe aller Einzelheiten schuldig.

Herm. Frank (Berlin).

24) **C. Ghillini** (Bologne). Fracture de l'épiphyse inférieure du radius causée par la manivelle de mise en marche les moteurs d'automobile.

(Revue de chir. XXIV. Jahrg. Nr. 10.)

Seit den ersten Mitteilungen von Lucas-Championnière über Radiusbrüche beim Anlaufenlassen der Automobile durch Rückschlag der Kurbel sind wiederholt neue Fälle dieser Berufsunfallverletzung veröffentlicht worden. Lucas-Championnière machte als Mechanismus sei es den Stoß in Hyperextension (Fract. par arrachement), sei es direktes Aufschlagen des Griffes auf das untere Radiusende verantwortlich, Walther die Abreißung durch Zerrung für einen von ihm behandelten Verletzten. G. weist die Erklärung der Fr. par arrachement zurück. Seiner experimentell gestützten Ansicht nach ist es lediglich der Stoß auf die Handfläche in Hyperextension und Extension, der sich in der Ulna bis zum Olekranon fortsetzt und dort als Schmerz fühlbar wird; weil sie durch elastische Bänder wie durch einen Federapparat geschützt wird, bricht sie nicht. Das untere Radiusende dagegen wird am Carpus durch feste Bänder fixiert und weiter aufwärts vom Lig. interosseum, so daß es nicht ausweichen kann und bricht. Ehe der Stoß die Rotula trifft, ist er erschöpft.

Christel (Metz).

25) **M. Reiner.** Das Prinzip der Individualisierung in der Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 52.)

Die ursprüngliche Annahme von Lorenz, daß durch die unblutige Einrenkung der angeborenen Hüftverrenkung eine anatomische Herstellung normaler Gelenkverhältnisse in den meisten Fällen herbeigeführt würde, erscheint in Wirklichkeit erst seit der Zeit gerechtfertigt, wo nach der Einrenkung die Stellung im ersten Verband und noch mehr bei der Wahl des nach Abnahme desselben einzuschlagenden Verfahrens die einzelnen Fälle ganz nach ihren eigenen Indikationen, also individualisierend, behandelt werden. Für den ersten Verband kommt die anatomische Konfiguration der Mißbildung, Formation des Kopfes, der Pfanne usw. in Rechnung. Die etwa notwenig werdende Hyperextension soll nicht länger als 4 Wochen innegehalten werden. Nach Abnahme des ersten Verbandes kommt es auf Rigidität oder Lockerheit des Gelenkes an, um der letzteren nicht zu sehr nachzugeben (Abduktion). Ist die Einrichtung nicht vollkommen gelungen, so sind natürlich noch besondere Vorsichtsmaßregeln nötig, welche sich nach den bestehenden Verhältnissen richten. Eine axilläre Abduktion für 5—8 Wochen kann unter Umständen sogar ein besseres Ergebnis schaffen, als ein zweiter Repositionsversuch. Auf Grund einer derart individualisierenden Behandlungsweise sind die Erfolge der letzten Zeit so viel besser geworden, daß Verf. jetzt mindestens in 75% der Lorenz'schen Fälle anatomische Gelenkrekonstruktionen annehmen

zu können glaubt. Eine weitere Besserung der Ergebnisse läßt sich noch durch Anwendung der subtrochanteren Osteotomie nach Schede erwarten, welche in etwa 5—8% aller Fälle bei hochgradiger Anteversion des Schenkelhalses wirklich indiziert ist. Natürlich findet die strenge Individualisierung jedes einzelnen Gelenkes bei doppelseitiger Affektion besondere Schwierigkeit, und dadurch werden die Erfolge hier etwas beeinträchtigt. **Herm. Frank** (Berlin).

---

26) **Sir W. H. Bennett.** Recurrent effusion into the knee joint after injury.

(Lancet 1905. Januar 7.)

Verf., Chirurg am Londoner St. Georges Hospital, bearbeitet hier eingehend den rezidivierenden traumatischen Kniegelenkserguß auf Grund von 750 eigenen Beobachtungen. Die jeweiligen Traumen waren leichteren oder schwereren Grades; oft standen sie in ihrer Unbedeutsamkeit gar nicht im Verhältnis zur Schwere des Gelenkergusses. Die Fälle werden in zwei große Gruppen eingeteilt: 1) Fälle, die durchaus unabhängig von Konstitutionsleiden irgendwelcher Art sind; 2) Fälle, die noch durch Konstitutionsanomalien beeinflußt sind.

Die erste Gruppe umfaßt 509 Fälle, darunter sind: 1) 428 Fälle mit ausgesprochenen Symptomen des Dérangement interne; 80mal wurden hier Semilunarknorpel, resp. gestielte Corpora libera operativ entfernt. 2) 56 Fälle ohne klare Symptome, abgesehen von dem rezidivierenden Erguß, wobei 12mal die Explorativeröffnung des Gelenkes gemacht wurde. 3) 21 Fälle mit den typischen Begleitsymptomen freier Gelenkkörper (abgesehen von Osteoarthritis); es wurden 16 operiert, wobei sich die Diagnose bestätigte. 4) 4mal zeigte sich der traumatische rezidivierende Gelenkhydrops bei Genu valgum; 2 Fälle würden durch Osteotomie geheilt. — Bei hartnäckigem Bestehen des Leidens hält Verf. auch in zweifelhaften Fällen stets die Probearthrotomie für indiziert; auch die schwersten Lagerungsanomalien der Semilunarknorpel können ohne klares Krankheitsbild bestehen.

Die zweite Gruppe umfaßt 241 Fälle; hier spielen Allgemeinleiden im lokalen Krankheitsprozeß eine gewisse Rolle, und zwar: 1) in 107 Fällen Osteoarthritis, dabei 8mal Entfernung von Corpora libera mit gutem Erfolg; im übrigen bestand die Behandlung in Heißluftbädern, Massage und elektrischer Vibrationsmassage. 2) in 30 Fällen Gicht und Rheumatismus; hierhei wurde der Erguß 2mal mit Inzision, 2mal mit Aspiration behandelt; letztere erwies sich als vorteilhafter. 3) in 42 Fällen Syphilis; hier wurde nur konstitutionell behandelt. 4) Gonorrhoisch waren die Ergüsse in 28 Fällen, davon wurde 1mal inzidiert, 2mal aspiriert; der Erfolg war der gleiche, daher ist die letztere Methode vorzuziehen. 5) Malaria fand sich ursächlich in 18 Fällen; einmal wurde in der Annahme, der Erguß sei eitrig, inzidiert; der Verlauf war günstig. 6) Hämophilie war in 3 Fällen die Ursache eines rezidivierenden Blutergusses nach geringfügigem Trauma; derselbe wurde einmal, allerdings mit nur geringem Erfolge, aspiriert.

7) In 13 Fällen fanden sich rezidivierende Ergüsse im Knie- oder Fußgelenk bei jugendlichen, mit Menstruationsanomalien behafteten Mädchen. Sie pflegten mit Aufhören der Menses wieder zu verschwinden. Anlaß zu operativem Eingreifen gaben sie niemals.

Bei beiden Gruppen der Erkrankung wurden in der Mehrzahl Männer betroffen; das Dérangement interne wurde mehr als doppelt so häufig links wie rechts angetroffen, freie Gelenkkörper doppelt so häufig rechts, wie links. In 702 Fällen war ein Knie, in 48 waren beide Knie befallen. — Die Arbeit enthält 7 Zeichnungen über die beobachteten Semilunarknorpelalterationen.

Die Arbeit zeichnet sich durch eine außerordentliche zusammenfassende Kürze aus, was den hohen inhaltlichen Wert jedoch nicht zu beeinflussen vermag. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

27) **Tavel** (Bern). Behandlung der Varicen durch die Ligatur und die künstliche Thrombose.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1904. Nr. 19.)

Wenn nach Trendelenburg'scher Ligatur der Saphena interna wegen Varicen spontane Thrombose nicht eintritt, so sticht T. mit Pravaz-Spritze in das Venensegment, welches thrombosiert werden soll, ein, aspiriert etwas Blut, um sich zu überzeugen, daß er in der Lichtung ist, und injiziert 1, 2 bis 3 Spritzen 5%iger Karbolsäure, nötigenfalls an mehreren Stellen. Sind alle in liegender Stellung sichtbaren Venen thrombosiert, so läßt er — nach 8—14 Tagen — den Pat. aufstehen. Manchmal sind noch weitere Injektionen in die im Stehen erst sichtbar werdenden Venen nötig. Der Schmerz ist — wenigstens bei nicht sehr sensiblen Individuen — meist gering.

T. empfiehlt die Unterbindung der Saphena übrigens auch für die Behandlung der Phlebitis. **Stolper** (Göttingen).

---

28) **M. Savariaud.** Deux cas d'interventions pour fracture de Dupuytren vicieusement consolidées.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 2.)

Zwei erfolgreich mit Operation behandelte Fälle von schlecht geheiltem Knöchelbruche geben dem Verf. Veranlassung zu einigen allgemeinen Bemerkungen. Von Wichtigkeit ist die Erhaltung oder Herstellung der Gabel. Langsame Konsolidation und sekundäre Knochenverlagerungen weisen auf Weichteil-Fascienzwischenschiebung und Verfettung des Knochgewebes hin. Knochennaht gibt ein gutes Ergebnis, wenn die Knochen nicht zu weich oder rarefiziert sind; bei älteren Brüchen muß man ein Schienbeinstück unter Umständen herausnehmen, die Hauptsache bleibt aber, die Knochenreste zur Gabel einzustellen. **Herm. Frank** (Berlin).

---

29) **Schiff.** Über die Entstehung und Behandlung des Plattfußes im jugendlichen Alter.

(Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens Hft. 25.)

Ausführliche Darstellung der für den Militärarzt besonders wichtigen Frage des Plattfußes mit genauer Berücksichtigung der neuesten Literatur.

Drehmann (Breslau).

---

30) **J. Antonelli** (Pavia). Zur Therapie des Plattfußes.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Verf. unterscheidet am Fuß ein longitudinales und ein transversales Gewölbe. Das so zusammengesetzte Plantargewölbe wird hauptsächlich erhalten durch die Tätigkeit der Muskulatur, deren Schwächung die erste Ursache der Bildung des statischen Plattfußes ist. Die longitudinale Spannung wird erhalten durch die Aponeurosis plantaris als Bogensehne, ferner durch die kurze Muskulatur der Fußsohle (Flexor digitorum brevis, Abductor hallucis, Flexor digiti V brevis, Quadratus plantae, Lumbricales und Interossei). Die Erhaltung des Querbogens kommt hingegen fast ausschließlich der nach dem Fuße ziehenden langen Muskulatur zu (Peroneus longus und Tibialis posticus unter Mitwirkung des Flexor digit. longus und Flexor hallucis longus).

Beim statischen Plattfuß entsteht somit die Aufgabe 1) die longitudinale (innere) Fußwölbung zu kräftigen, 2) ebenso die transversale, 3) die supinatorische Muskeltätigkeit zu erhöhen, 4) die pronatorische zu vermindern. Es muß außerdem berücksichtigt werden, daß Atrophie und Degeneration vornehmlich den Tibialis ant. und den Tibialis post. betreffen, während umgekehrt der Extensor hallucis longus sich in der Regel hypertrophisch zeigt.

Die Therapie des Verf.s besteht in der gleichzeitigen Anwendung folgender geistreich ausgedachter Verfahren:

a) Übertragung der Sehne des event. durch den Tibialis ant. gestärkten Extensor hallucis longus unter die Plantarwölbung und deren Fixierung daselbst durch passende Technik (Lange);

b) Verlängerung der Achillessehne behufs Erzielung einer temporären Erschlaffung ihrer Kraft bei gleichzeitig in entgegengesetzter Richtung auf den Calcaneus ausgeübter Zugkraft (Codivilla);

c) Erhöhung der Spannung und Kraft des Tibialis post., und zwar sowohl durch Verkürzung desselben als auch durch Implantation von Sehnen anderer Muskeln, deren Kraft von ihrer normalen Tätigkeit abgelenkt werden soll, auf dessen Sehne;

d) Schwächung oder geradezu Aufhebung der Tätigkeit des Peroneus brevis und Übertragung der Kraft auf den Tibialis post.;

e) teilweise Übertragung der Tätigkeit der vom Extensor digitorum longus herkommenden Sehne der zweiten Zehe auf den Hallux.

Die Operation erfolgt in drei Zeiten, wie genauer beschrieben wird. Der letzte Akt besteht in der Einschlagung eines Nagels quer durch das Fersenbein behufs Anbringung einer Extensionsvorrichtung in der

Richtung des Unterschenkels nach abwärts. Eine zweite, parallel wirkende Extension greift am Mittelfuß an, während eine dritte als Gegenextension vom Tarsus aus in entgegengesetzter Richtung nach aufwärts wirkt. Nach 10—12 Tagen werden die Hautnähte und der Codivilla'sche Nagel entfernt und ein Gipsverband in der korrigierten Stellung angelegt. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

31) **C. Adrian** (Straßburg). Das »Mal perforant«.

(**Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie Bd. VII. 1904.**)

Verf. beginnt seine überaus sorgfältige, eingehende Besprechung des Mal perforant mit einer Literaturzusammenstellung von 445 Nummern, welche er ausführlich im Laufe seiner Abhandlung berücksichtigt. Nach geschichtlicher Einleitung grenzt er seinen Gegenstand gegenüber den Nachbargebieten ab. Im klinischen Verlaufe lernen wir drei Stadien kennen: Das Stadium der Schwielenbildung, der oberflächlichen Geschwürsbildung und der tiefergehenden Entzündung. Kapitel IV: pathologische Anatomie, und Kapitel V: Ätiologie und Pathogenese machen den größten und wertvollsten Teil der Arbeit aus. Es ist sehr lesenswert, wie im Laufe der Jahre sich verschiedene Anschauungen Bahn gebrochen haben, und doch klingt aus allen Zeilen heraus, daß die verschiedenen Ansichten sich doch vielfach nur auf Einzelbeobachtungen stützen, die von den nachfolgenden Untersuchern umgestoßen und durch Theorien ersetzt werden, die gleichfalls der allgemeinen Gültigkeit entbehren. Ganz besonders gilt dies von der pathologischen Anatomie und Histologie, die keine spezifischen Merkmale hat auffinden können; Verf. bringt getrennt die pathologische Anatomie der zuführenden Gefäße, der versorgenden Nerven, des Geschwürs selbst, der Knochen und Gelenke und endlich der Muskeln. Bakteriologische Untersuchungen fehlen.

Nach der Besprechung von Herediät, Geschlecht, Alter, Beruf und Häufigkeit des Leidens lernen wir vier Theorien über die Pathogenese kennen: die mechanische, die vaskuläre, die nervöse Theorie und die »Théorie mixte«. Während der mechanische Druck schwerlich allein angeschuldigt werden kann, und während die Theorie von der primären Gefäßerkrankung (Arteriosklerose usw.) auch keine allgemeine Bedeutung für sich in Anspruch nehmen darf, spielen die Erkrankungen des Zentralnervensystems und der peripheren Nerven die allergrößte Rolle und finden eine Stütze in histologischen Befunden der in Frage kommenden Nerven (periphere Neuritis). Weiter stehen Lepra und Tabes im Vordergrunde. In vereinzelten Fällen spielen fast sämtliche Rückenmarkserkrankungen ihre Rolle und weiter Verletzungen von Nervenstämmen. Die wichtigen Kapitel über Diabetes und Alkoholismus müssen im Original nachgelesen werden. Mit der »Théorie mixte« soll nur gesagt sein, daß eben das Mal perforant die verschiedensten Ursachen haben kann, und damit kommen die französischen Forscher wohl den tatsächlichen Verhältnissen am nächsten.

Als Anhang zur Besprechung der Ätiologie bringt Verf. die Beziehungen zu anderen Brandformen, zum intermittierenden Hinken und zum schnellenden Finger.

Gegenüber diesen eingehenden Erörterungen bilden die Schlußkapitel über die Diagnose und Differentialdiagnose, über die Prognose und die Therapie nur einen kürzeren Abschnitt; dieser enthält im wesentlichen Bekanntes. Die besten Resultate knüpfen sich an die Methode von Chipault (Dehnung des Nervus tibialis und seiner Äste, des Nervus plantaris internus oder externus, dann Exzision des Geschwürs und Naht).

Es handelt sich somit um eine sehr fleißige Arbeit, die alles Bekannte gut geordnet zusammenfaßt. **Schmieden** (Bonn).

Kleinere Mitteilungen.

32) **v. Hofmann** (Wien). Bakterienbefunde bei chronischer Gonorrhöe.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. XV. Hft. 11.)

Bei der bakteriologischen Untersuchung von 62 Pat. mit chronischer Gonorrhöe fand H. eine reiche und sehr mannigfaltige Flora; nur bei einem Pat. fanden sich in den Tripperfäden niemals Mikroorganismen. In 4 Fällen waren Gonokokken allein, in 10 Fällen verbunden mit anderen Mikroorganismen vorhanden; in den übrigen Fällen fehlten dieselben. Selten blieben bei wiederholten Untersuchungen dieselben Bakterien nachweisbar. In 38 Fällen wurde eine Kokkenart allein, in 16 Fällen eine Bazillenart allein gefunden, in 14 Fällen waren mehrere Kokkenarten, in 2 Fällen mehrere Bazillenarten nachweisbar; Bazillen und Kokken fanden sich in 27 Fällen. Zwei interessante Fälle werden näher mitgeteilt, in einem derselben konnte der Friedländer'sche, in dem anderen der Kolibazillus als alleinige Ursache des Ausflusses nachgewiesen werden.

Fr. Brunner (Zürich).

33) **G. Berg.** Styptol in der urologischen Praxis.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 1.)

In mehreren Fällen von Blasenblutungen, sowie in drei Fällen von starken Blutungen nach Urethrotomia interna und in zwei Fällen nach Lithotripsie hat dem Verf. das Styptol als internes Hämostatikum (in Tabletten von 0,05 drei- bis viermal täglich verabfolgt) gute Dienste geleistet, und er fordert deshalb mit seiner Mitteilung zur Nachprüfung des Mittels auf. **Grunert** (Leipzig).

34) **G. Baroni.** Di uno strumento du applicarsi alla siringa a permanenza per fare le lavande vescicali a doppia corrente.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1904. Nr. 142.)

Verf. hat, um Blasenspülungen durch den Dauerkatheter mit fortlaufendem Strom ausführen zu können, folgendes Ansatzrohr konstruiert: Das innere Rohr (*a*) wird so mit dem Katheter durch einen Schlauch verbunden, daß die Spülflüssigkeit in die Blase gelangt, während das gleichfalls mit dem Katheter verbundene Rohr *b* durch *c* als Ablaufrohr dient. **Dreyer** (Köln).

b a c

35) **W. G. Spencer.** Severe and fatal haematuria of unknown origin.

(Transact. of the clin. soc. of London 1904. Bd. XVII.)

In einem ersten Falle trat bei einem völlig gesunden, 44 Jahre alten Manne plötzlich Bluthamen auf, das trotz Kochsalzinfusionen innerhalb 14 Tagen zum Tode führte. Die Sektion erwies den Harnapparat als völlig normal.

In einem weiteren Falle zeigten sich bei einem 42 Jahre alten Manne Hämaturien, die sich wiederholten und zuweilen mit Retentio urinae verknüpft waren. 18 Monate nach dem ersten Bluthamen wurde die Blase durch Sectio alta geöffne.. Ein Grund wurde nicht aufgefunden, aber die Blutungen hörten seitdem auf. Ein Jahr später wurde ein kleiner Phosphatstein ohne Blutung mit dem Harn entleert. Später traten leichtere Rückfälle der Blutungen auf.

In beiden Fällen fehlten auch alle anamnestischen Momente, welche eine Erklärung für die Blutungen hätten abgeben können. **Dreyer** (Köln).

36) **P. Wichmann** (Hamburg). Anatomische Untersuchungen über die Ätiologie der Prostatahypertrophie.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 279.)

W. untersuchte unter Leitung von v. Hansemann 25 Vorsteherdrüsen zur Entscheidung der Frage, inwieweit in hypertrophischen und nicht hypertrophischen Drüsen vorhandene Drüsenerweiterungen für das Zustandekommen der Prostatavergrößerung verantwortlich gemacht werden könnten. Er fand, daß nur in einem Falle den Drüsenerweiterungen eine hauptsächliche Bedeutung für das Zustandekommen der Vergrößerung der Vorsteherdrüse zukommt. Für das Auftreten derartiger Drüsenvergrößerungen konnten entzündliche periglanduläre Infiltrationen nur in wenigen der untersuchten Fälle angeschuldigt werden.

Doering (Göttingen).

37) **R. Lundmark.** Zwei Fälle von Prostatektomie.

(Upsala Läkareförenings Förhandlingar N. F. Bd. IX. p. 553.)

Die Arbeit enthält zuerst eine Übersicht über das fragliche Thema mit besonderer Hervorhebung der in dem letzten Dezennium zutage getretenen Literatur deutscher, französischer und amerikanischer Forscher, gibt dann ausführlich die Krankengeschichten zweier vom Verf. im Lunslazarett zu Karlskrona operierten Fälle (perineale im ersten, suprapubische Operation im zweiten Falle). — Die Ansichten Verf.s über die Operation werden kurz mit seinen eigenen Worten so formuliert: Eine genaue Individualisierung der Fälle und ein genaues Abwägen der Indikationen und Kontraindikationen sind nötige Voraussetzungen, damit die Operation nicht in Mißkredit geraten soll, und mit Moore soll man die Aufmerksamkeit wesentlich darauf richten, daß die Prostatektomierten nicht aus der Scylla der Harnverhaltung vor der Operation wegen Hypertrophie in die Charybdis der Harnverhaltung wegen traumatischer Striktur (in der fast unvermeidlich zu verletzenden Pars membranacea urethrae) geraten. **Hansson** (Cimbrishamn).

38) **S. Rolando** (Genova). Sul raschiamento della vescica.

(Riforma med. Ann. XX. Nr. 39.)

Verf. berichtet über einen Fall von Cystitis dolorosa nach Gonorrhöe, bei welchem er, nach erfolgloser Behandlung mit Instillationen, die Ausschabung der Blase vorgenommen hat. Nachdem er bei der Pat. mittels Hegar'scher Dilatatorien die Harnröhre erweitert hatte, schabte er unter Kontrole des in die Scheide eingeführten Fingers mit dem Volkmann'schen Löffel die Schleimhaut der Gegend des Trigonum und des Blasenhalses, dann auch die der vorderen Blasenwand ab. Reichliche Spülung, Dauerkatheter. Pat. wurde rasch, mit einer Kontinenz von 4—5 Stunden, geheilt.

Angeregt durch diesen Erfolg hat nun R. an etwa zehn Hunden die Wirkung der besagten Operation studiert. Nach Sectio alta schabte er die ganze Blasenschleimhaut ab. Die Tiere überstanden den Eingriff gut. Die mikroskopische Untersuchung der Blasenwandung der in verschiedenen Intervallen nach dem Eingriff getöteten Tiere zeigte eine rasche Epithelisierung der Blasenschleimhaut von den stehengebliebenen Epithelresten der Krypten aus ohne Bindegewebswucherung. Verf. schließt daraus auf die relative Gefahrlosigkeit dieses Eingriffes, der sonach keine tiefere Schädigung der Blasenwandung zu verursachen scheint.

A. Most (Breslau).



39) R. Plattner. Blasensteinbildung nach Pfählungsverletzung.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

Ein 26jähriger Mann erlitt durch Fall auf einen spitzen Zaunpfahl eine Dammwunde mit Harnröhren- oder Blasenverletzung. Die abgebrochene Pfahlspitze extrahierte er sich selbst; wegen Harnverhaltung führte ein Arzt am nächsten Tage einen Katheter ein und entleerte reichlich blutvermengten Urin; die Dammwunde heilte in kurzer Zeit. Andauernde Blasenbeschwerden führten den Verletzten 1/2 Jahr nach seinem Unfall in die chirurgische Klinik zu Innsbruck. Dort wurde ein walnußgroßer Stein im Blasengrunde durch Sectio alta entfernt. Den Kern des Steines bildete ein Stück grauen Hosenstoffes.

In der Literatur fand Verf. zehn ähnliche Beobachtungen. Er weist deshalb auf die Notwendigkeit hin, bei allen Pfählungsverletzungen der Blase auf zurückgebliebene Fremdkörper zu fahnden. **Gutzeit** (Neidenburg).

40) H. Fengler. Die Tumoren der Harnblase.

Inaug.-Diss., Breslau, 1903.

Bericht über 30 Fälle von Blasengeschwülsten, die in der Breslauer Klinik in der Zeit von 1891—1902 operiert worden sind.

Bezüglich der Ätiologie der Geschwülste räumt Verf. der Gonorrhöe und der Steinbildung eine gewisse Bedeutung bei, traumatische Ätiologie ist sehr unsicher. 28 Fälle betrafen Männer, 2 Frauen. Das Alter der Pat. war meist zwischen 30 und 60 Jahren.

Verhältnismäßig häufig war die vordere Blasenwand befallen, in 7 Fällen war die Prostata beteiligt, unentschieden ob primär oder sekundär.

Geschwülste, die als Papillome diagnostiziert waren, erwiesen sich wiederholt späterhin als bösartig. Das Karzinom hatte meist mit derben Infiltrationen die Blasenwand und die benachbarten Organe beteiligt, vorzüglich waren auch die Leistendrüsen ergriffen. Die Diagnose wurde meist mit dem Cystoskop gestellt, in einigen Fällen jedoch gelang die Einführung nicht, oder die Blutung verhinderte jede Orientierung. Die Operation war die Sectio alta in Trendelenburg'scher Lage; in vier Fällen wurde die Blasenwand reseziert. Blasennaht, total oder partiell, Dauerkatheter, Tamponade der Bauchwunde. Mortalität: es starben vier. **Willi Hirt** (Breslau).

41) Bazy. Calcul de l'uretère.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1148.)

Die kurz von B. mitgeteilte Beobachtung illustriert den Wert der Skiagraphie auch bei Nieren- und Harnleitersteinen. B. diagnostizierte bei einem Pat. einen Nierenstein, während das Röntgenbild einen Schatten an tieferer Stelle zeigte. Die Nephrotomie ergab Niere und Nierenbecken frei von Steinen; hingegen fühlte B. einen solchen im oberen Ende des Harnleiters und vermochte ihn in das Nierenbecken hinauf zu drücken und von da zu extrahieren. **Reichel** (Chemnitz).

42) Fowler. The iliacal extraperitoneal operation for stone in the lower ureter in the male.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

Zwei Fälle, in denen durch Harnleitersondierung und das Röntgenbild festgestellt wurde, daß ein Stein im unteren Ende des Harnleiters saß. Die klinischen Symptome hatten mehr auf das Vorhandensein eines Blasensteines hingewiesen. Hiernach scheint es, als ob derartige tiefsitzende Harnleitersteine Blasensteine vortäuschen können. Durch iliakalen Schnitt wurde der Harnleiter freigelegt, oberhalb und unterhalb des Steines ein Faden durch ihn gelegt, welcher nach Einschnitt und Entfernen des Steines angezogen und so zur Naht benutzt wurde. Heilung in beiden Fällen. F. hält die iliakale extraperitoneale Methode für die beste. **Herhold** (Altona).

43) **G. Chavannaz** (Bordeaux). Anurie par cysto-épithéliome des deux ovaires. Ovariotomie au troisième jour de l'anurie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1097.)

Tuffier heilte durch Hysterektomie einen Fall, in welchem ein in das kleine Becken eingeklemmtes großes Uterusfibrom eine 3tägige Anurie erzeugt hatte. C. erzielte den gleichen Erfolg bei einer 44jährigen Frau, welche seit $1^1/_2$ Monaten eine Geschwulst im Leibe bemerkte, an einem doppelseitigen cystischen Ovarialkarzinom und seit 3 Tagen an vollständiger Anurie litt, durch doppelseitige Ovariotomie. Die rechte straußeneigroße Geschwulst war fest ins Becken eingepreßt gewesen, die linke orangengroße zeigte eine Stieldrehung um 180° und enthielt außer karzinomatösen Partien eine Dermoidcyste. **Reichel** (Chemnitz).

44) **H. Wildholz** (Bern). Über funktionelle Nierendiagnostik.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1904. Nr. 13.)

Kümmell's Aufforderung zur Nachprüfung der Kryoskopie entsprechend, berichtet W. über seine Erfahrungen an 30 Kranken, bei denen er den Gefrierpunkt des Blutes und — in 23 Fällen — die funktionelle Leistung einer jeden der Nieren und der molekularen Konzentration des von jeder Niere mittels Harnleiterkatheterismus entnommenen Urins bestimmt hat. Er fand Kümmell's Erfahrungen durchaus bestätigt, und zwar auch durch den Verlauf von 8 Nierenexstirpationen. Der Gefrierpunkt des Blutes stand stets zwischen —0,54° und —0,58°, wenn die funktionelle Gesamtleistung der Nieren genügend war, sank aber immer tiefer, sobald eine Insuffizienz der Nierenarbeit eintrat.

In einem seiner Fälle wies die Kryoskopie des getrennt aufgefangenen Urins auf Erkrankung der einen Seite hin, während die sonstigen Symptome an Erkrankung der anderen denken ließen. W. verließ sich auf das kryoskopische Resultat und fand in der Tat bei der Operation eine käsig-kavernöse Niere, während die zurückgelassene Niere durchaus ihre Schuldigkeit tat.

Stolper (Göttingen).

45) **W. Krankenhagen.** Ein Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Nierentuberkulose ohne pathologischen Harnbefund.

Inaug.-Diss., Königsberg, 1904.

Bericht über einen von Dr. Lichtenauer operierten Fall von Nierentuberkulose, in dem die Rinden- und Markschicht der Niere von zahlreichen, bis haselnußgroßen, käsigen Herden, die bis ins Nierenbecken reichten, durchsetzt war.

Die Nierenbecken- und Harnleiterschleimhaut waren infiltriert. Trotzdem war der Urin niemals irgendwie pathologisch verändert gewesen. Diese Tatsache wurde erklärt dadurch, daß das Nierenbecken und der Harnleiter durch käsige Massen vollständig verstopft waren.

Subjektiv bestanden keinerlei Beschwerden.

Nachdem einige Monate vorher ein perinephritischer Abszeß operiert worden war, wurde bei erneuter Operation eines Abszeßrezidives ein völlig isoliertes Stück tuberkulös erkrankten Nierengewebes in der Abszeßhöhle gefunden, dessen Auffinden allein die Diagnose der Nierentuberkulose, auf die sonst kein spezifisches Symptom hingewiesen hatte, ermöglichte. Verf. hebt daher mit Recht die diagnostische Bedeutung des perinephritischen Abszesses bei Nierentuberkulose hervor.

Willi Hirt (Breslau).

46) **N. Federici.** Contributo allo studio della calcolosi renale. Guarigione spontanea.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1904. Nr. 127.)

Verf. berichtet über einen jungen Mann, der mit Schmerzen in der Blinddarmgegend, Stuhlverstopfung, remittierendem Fieber (38° morgens, 40° abends) ohne Schüttelfrost erkrankte. Erst nach 3 oder 4 Tagen stiegen die Schmerzen

mehr in die Höhe und nach hinten nach der Nierengegend zu. Es zeigte sich dort tiefe Fluktuation und es entleerte sich aus dem inzidierten Abszeß zunächst Eiter und später ein Stein. Die Schmerzhaftigkeit an dem MacBurney'schen Punkt ist, wie dieser Fall wieder zeigt, nicht beweisend für das Vorhandensein einer Appendicitis. **Dreyer** (Köln).

47) **W. W. Maksimow.** Über die vollständige Kastration von Männern wegen Karzinom.

Warschau, 1904. (Russisch.)

Die von Chalot so genannte »Emasculation totale« ist in diesem Zentralblatte (1894 p. 427 f.) bereits einmal erwähnt, doch scheint sie von deutschen Autoren bisher nicht ausgeführt zu sein. Wenigstens hat M. unter 24 keinen einzigen deutschen Fall. Nach seiner Zusammenstellung ist die Mortalität = 0. Die Kranken waren nach der Operation kontinent. Nur vier hatten Schwierigkeiten beim Urinieren, die aber ebenso gut auf ihr hohes Alter bezogen werden konnten.

Die Operation wird nach Chalot, der übrigens sechs Vorgänger gehabt hat, in vier Akte geteilt: 1) Durch je einen Längsschnitt werden die Samenstränge freigelegt und dann durchtrennt; 2) die beiden ersten Schnitte werden nach unten verlängert zur Umschneidung des Hodensackes. Nach Durchtrennung des Lig. suspensor. wird der Penis an seiner Wurzel durchschnitten, wodurch die äußeren Geschlechtsteile völlig abgetrennt werden: 3) die Corpora cavernosa penis werden herauspräpariert. Die Harnröhre wird nach hinten gespalten und in den hinteren Winkel der Dammwunde eingenäht; 4) Exstirpation der Leistendrüsen. Verweilkatheter.

Nach diesem Verfahren hat M. zweimal operiert, wegen sehr großer Peniskarzinome mit Ausdehnung auf den Hodensack. In beiden Fällen kam es zu einem vollen Erfolge. **V. E. Mertens** (Breslau).

48) **Guinard.** Inclusion de deux masses de paraffine dans les bourses, dans un cas de cryptorchidie double.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 995.)

Auf Wunsch des Pat. brachte G. gelegentlich der Radikaloperation einer Hernie in einem Falle von doppelseitigem Kryptorchismus in jede Hodensackhälfte eine Kugel aus Paraffin von hohem Schmelzpunkt. Ungestörte Einheilung. Der Erfolg befriedigte den Pat. **Reichel** (Chemnitz).

49) **J. F. Gottstein.** Eine neue Abduktionsvorrichtung für Hüftapparate.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Zwei nach der Fläche gelenkig verbundene Schienen werden durch eine dritte, darüber liegende Schiene in beliebiger Abduktionsstellung fixiert.

J. Riedinger (Würzburg).

50) **E. Beely.** Ein modifizierter Osteoklast-Redresseur.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Das Manuskript der vorliegenden Mitteilung fand sich unter dem Nachlaß B.'s und wurde von Fopp und Eckstein veröffentlicht. Der Redresseur besteht aus einer Modifikation des von dem Amerikaner Halsted Myer im Jahre 1893 empfohlenen »Doppelhebel-Streckapparates«. Er ist zusammengesetzt aus zwei gelenkig verbundenen Stäben. Dieselben tragen nach Art des »Thomas Wrench« senkrechte Greifarme, und zwar einen in der Mitte und je einen verstellbaren in einiger Entfernung hiervon. Zur Beseitigung der Adduktionsstellung im Tibiotarsalgelenke beim Klumpfuß wird das Instrument so angelegt, daß der gemeinsame Greifarm sich unterhalb des Malleolus externus, die beiden anderen Greifarme unterhalb und oberhalb des Malleolus internus befinden. Durch das Aus-

einanderführen der langen Hebelarme erfolgt die Korrektion. Zur Beseitigung der Adduktionsstellung des Metatarsus in den Tarsalgelenken wird der gemeinsame Greifarm an der Außenseite des Fußes, die beiden anderen Arme an der Innenseite angelegt. Will man das Instrument als »Thomas Wrench« gebrauchen, z. B. bei der Bekämpfung der Plantarflexion im Tibiotarsalgelenke, so muß man beide Hebelarme dicht aneinander legen und so als einfachen Hebel benutzen.

Der Redresseur kann von dem Verfertiger Stille in Stockholm bezogen werden. **J. Riedinger** (Würzburg).

51) **Monprofit** (Angres). Un rétracteur pour les amputations des membres.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 7.)

M. empfiehlt ein von ihm konstruiertes Instrument zur Zurückhaltung der Weichteile bei Gliedmaßenamputationen, das hauptsächlich für Chirurgen mit großem Verletzungsmaterial und für Feldchirurgen in Betracht kommen soll.

Es ist eine mit zwei beweglichen Griffen versehene Metallplatte, die, wie das Halsbrett einer Guillotine, in einer bezw. zwei Öffnungen den oder die zu durchsägenden Extremitätenknochen eng umschließt und beim Ziehen proximalwärts die Weichteile zurückdrängt, wie man dies bislang wohl meist mit Gazezügeln tat. **Stolper** (Göttingen).

52) **J. Koch.** Beiträge zur Sehnenplastik.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Die Arbeit zerfällt in einen allgemeinen und in einen speziellen Teil. Der allgemeine Teil betrifft die mikroskopischen Untersuchungen des Verf.s über die pathologische Anatomie des durch Poliomyelitis gelähmten Muskels und ihre Bedeutung für die Sehnenplastik (Referate s. Zentralblatt für Chirurgie 1903, p. 137 und p. 1085).

Der spezielle Teil enthält eine Reihe instruktiver Krankengeschichten, welche die Operationsweise bei Sehnenplastiken in der Klinik Hoffa's illustrieren. Vorausgeschickt wird eine nähere Beschreibung der von Hoffa angegebenen Methode der Verkürzung sämtlicher Extensorensehnen des Fußes. Als außerordentlich zweckmäßig wird die Kombination der Verkürzung der Extensoren nach Hoffa und eine Arthrodese des Talocruralgelenkes bei hochgradigem Schlotterfuß empfohlen. **J. Riedinger** (Würzburg).

53) **Hardouin** (Rennes). Étude sur les kystes séreux congénitaux de l'aisselle.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 8.)

Verf. vermochte nur 27 angeborene seröse Cystengeschwülste der Achselhöhle in der Literatur zu finden und bringt drei neue Beobachtungen, die den von Nasse im Archiv für klin. Chirurgie 1889 beschriebenen gleichen. Der erste Fall betrifft einen 15jährigen Mechaniker, der ein Jahr zuvor erst auf die hühnereigroße Geschwulst aufmerksam wurde und sie seitdem bis zu reichlich Faustgröße wachsen sah. Sie saß mit einem Stiele hoch oben in der Achselhöhle an der Gefäßscheide fest. Die Punktion ergab seröse Flüssigkeit. Die Geschwulst erwies sich als vielcystisch mit einer großen Haupthöhle. In der Wand derselben saßen zahlreiche solide fibröse Knötchen.

Der zweite Fall betraf ein 5jähriges Mädchen, der dritte, eine dreiteilige Cyste, einen 4jährigen Knaben. Diese beiden Fälle sind histologisch nicht näher untersucht.

Die Geschwülste, welche bei männlichen wie weiblichen Individuen in annähernd gleicher Zahl beobachtet wurden, entwickelten sich meist (16mal) vor dem 10., nur zwei nach dem 30. Lebensjahre. **Stolper** (Göttingen).



54) **Kohlhase.** Beitrag zur operativen Behandlung der habituellen Schultergelenksluxationen.

Diss., Rostock, 1904.

K. berichtet an der Hand zweier von Müller mit Verkürzung der vorderen Gelenkkapsel operierter Fälle von habitueller Schultergelenksluxation über 36 Fälle aus der Literatur. Bei schweren Schädigungen der Pfanne empfiehlt er die Hildebrand'sche Operation der Pfannenvertiefung. **Drehmann** (Breslau).

55) **Berger.** Résection orthopédique ostéoplastique du coude avec interposition musculaire, pour remédier à une ankylose fibreuse due à une arthrite plastique et compliquée d'une paralysie du nerf cubital.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 998.)

B. erzielte in einem Falle von alter fibröser Ankylose des Ellbogens, der noch dazu durch eine Ulnarislähmung kompliziert war, einen sehr befriedigenden Erfolg durch folgendes Vorgehen: Er resezierte 3 cm vom unteren Ende des Humerus, 2 cm vom oberen der Ulna samt dem Periost, rundete das Humerusende walzenförmig ab, höhlte den Stumpf der Ulna entsprechend der normalen Form des Olecranon aus und interponierte zwischen die Knochenstümpfe einen dem Musc. triceps entnommenen Lappen, den er vorn am Brachialis internus annähte. Der N. ulnaris war vorher aus der Narbenmasse ausgelöst worden. Nach 14 Tagen begann B. mit der Mobilisierung. $3^1/_2$ Monate nach der Operation hatten passive Streckung und Beugung des Ellbogeugelenkes normale Ausdehnung; die aktive Streckung fehlte freilich infolge Insuffizienz des Triceps noch fast ganz. Auch bestand noch eine geringe abnorme Seitenbeweglichkeit. Die Krallenstellung der Hand war verschwunden; die Finger hatten einen großen Teil ihrer Beweglichkeit wiedergewonnen. **Reichel** (Chemnitz).

56) **Blencke.** Ein weiterer Beitrag zur sog. Klumphand.

(Zeitschrift für orthpäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Die Deformität zeigten 4 von 9 Geschwistern. Das 1. von den 9 Kindern der Familie war ein Junge mit angeborenem totalen Radiusdefekt beiderseits, das 2. ein Mädchen mit derselben Deformität. Die folgenden 4 Kinder, 2 Mädchen und 2 Jungen, waren normal. Das 7. Kind war wieder ein Junge mit der nämlichen Deformität, das 8. ein normales Mädchen und das jüngste nochmals ein Junge mit totalem Radiusdefekt beiderseits. **J. Riedinger** (Würzburg).

57) **Hébert.** Un cas de déformations acquises des orteils. Remarques sur leur étiologie.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 2.)

Eine Beobachtung von hochgradigen Phalangenverbiegungen an Fuß und Hand dient wiederum zur Stütze der Anschauung, daß das mechanische Moment, Stiefeldruck u. dgl., unzureichend ist zur Erklärung der Entstehung. Es handelt sich um konstitutionelle Schädlichkeiten, Rheuma, Intoxikationen, Alkohol usw.

Herm. Frank (Berlin).

58) **Mencière** (Reims). Dix cas d'ankylose de la hanche en position vicieux, avec difformité très accentuée et grave impotence fonctionelle.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 6.)

Mit 26 Photographien vor und nach der Behandlung illustriert M. die offenbar sehr guten Heilungsresultate an sehr schlimmen Fällen von Hüftgelenksankylose. Er hat in den meisten Fällen die Osteotomia subtrochanterica obliqua gemacht, besonders bei älteren Individuen, und dann mit großer Geduld die Nachbehandlung mit Mechanotherapie, Elektrizität und Gehübungen durchgeführt. Die Methoden

der Therapie sind nicht neu, aber die Resultate sehr anerkennenswert, weshalb die Originalarbeit die Beachtung der Orthopäden verdient.

Stolper (Göttingen).

59) **F. Hue** (Rouen). Fracture sous-trochantérienne spontanée du fémur par contraction musculaire chez un adulte; radiographie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1090.)

Pat., ein kräftiger, gesunder, 44jähriger Mann, war damit beschäftigt, Kohlensäcke von 60 kg Gewicht von einem Wagen abzuladen. Wie stets ergriff er den Sack mit beiden Händen, krümmte sich nach hinten, hob den Sack bis zum Bauch und schleppte ihn, ihn vor sich haltend, auf dem Wagen von vorn nach hinten. Bei einer solchen Bewegung spürte er plötzlich einen intensiven Schmerz in der rechten Hüfte, mußte den Sack fallen lassen und sich anklammern, da er nicht mehr stehen konnte. Der behandelnde Arzt verkannte die Fraktur, immobilisierte das Bein nicht. Nach 3 Monaten begann der Kranke mit Krücken umherzugehen. H. sah den Kranken 4 Monate nach dem Unfalle, stellte eine mit 4 cm Verkürzung geheilte Fraktur des rechten Oberschenkelhalses durch Skiagraphie fest.

Er glaubt, den Bruch lediglich auf Muskelzug zurückführen zu dürfen und sieht in der Beobachtung einen Beleg für die Richtigkeit der Ansicht Lenhardt's und Riedinger's, welche auf Grund von Experimenten annehmen, daß eine Muskelkontraktion bezw. Hintenüberwerfen des Rumpfes durch Spannung des Lig. Bertini einen Rißbruch des Schenkelhalses an der Stelle der Insertion dieses Bandes am Knochen bewirken könne.

Reichel (Chemnitz).

60) **Broca.** Ostéomalacie infantile. Genu valgum. Ostéopsathyrosis.

(Revue mens. des malad. de l'enfance Bd. XXII. p. 433.)

Drei Fälle von Genu valgum, die zu spät entstanden waren, um auf gewöhnliche Rachitis zurückgeführt zu werden, und zu früh, um als statische bezeichnet zu werden. Bei der Operation erweckte die Weichheit des Knochens Verdacht. Schnelles Rezidiv ist die Regel. Zwei Kinder gingen unter allgemeiner Osteomalakie zugrunde. Genu valgum bei nicht rachitischen Kindern, das zwischen dem 5.—14. Jahre entsteht, sollte, daher stets den Verdacht auf Osteomalakie erwecken.

Göppert (Kattowitz).

61) **Lauper** (Interlaken). Über Refractura patellae.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1904. Nr. 10.)

Von 373 Kniescheibenbrüchen, unter denen nur 25 direkte waren, kam es bei 48 zu erneuter Fraktur, und zwar nur bei indirekten Primärbrüchen. Die auffällige Häufigkeit der Refraktur der Kniescheibe hängt offenbar mit der Sonderstellung zusammen, die dieser Knochen als Sesambein ohne Periost als solcher und darum auch in bezug auf die Heilung einnimmt. Nach Verf. sind Refrakturen nach Kniescheibennaht am häufigsten im 6. Monate, nach Massage im 4. Jahr. Es handelt sich bei ersteren offenbar um ein Auseinandergehen der nicht genügend konsolidierten Primärfraktur. Deshalb empfiehlt L. nach der Naht längere Fixation in Streckstellung und vorsichtige Bewegungen. Er rät Tragen eines Apparates bis auf etwa 1 Jahr. Refraktur sei nach Massagebehandlung häufiger als nach Knochennaht. L. stützt sich damit auf einige nicht deutsche Autoren: Bégouin, Anderosius, Powers, Criks, Corner.

Mehr als eine Refraktur ereignete sich ebenfalls: vier Brüche in drei Fällen, drei Brüche in fünf Fällen.

Stolper (Göttingen).

62) **Schlee.** Ein weiterer Fall von kongenitalem Fibuladefekt.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Photogramme und Röntgenbilder nebst kurzer Beschreibung geben ein deutliches klinisches Bild der bei einem 19 Monate alten Knaben beobachteten Deformität des linken Unterschenkels.

J. Riedinger (Würzburg).

63) **M. Goerlich.** Über die Dauerresultate der Saphenaunterbindung bei der Behandlung der Varicen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 278.)

In der v. Bruns'schen Klinik wurden im Laufe von $11^1/_2$ Jahren 147 Saphenaunterbindungen an 108 Pat. wegen Varicen ausgeführt. Davon wurden 51 Pat. mit 69 Operationen einer persönlichen Nachuntersuchung unterzogen, während von 29 Pat. schriftliche, von 28 gar keine Nachrichten erhalten werden konnten. 12 davon waren inzwischen gestorben. Für die Beurteilung der Endresultate wurde bei den persönlich Nachuntersuchten ein ungewöhnlich strenger Maßstab angelegt, insofern nur solche Fälle als dauernd geheilt betrachtet wurden, bei denen außer dem Verschwinden der Beschwerden und etwaiger Geschwüre auch die Strombahn der Saphena dauernd unterbrochen geblieben war. Diesen Anforderungen genügten nur 19 Fälle = 27,54%, bei allen übrigen bestanden entweder trotz der Unterbrechung der Saphena noch Beschwerden (3mal), oder es hatte sich die Strombahn wiederhergestellt, und zwar entweder durch Erweiterung von Kollateralen (21mal), oder durch Ausbildung eines Venenkonvolutes in der Narbe (24mal), oder durch Regeneration des Saphenastammes selbst (2mal). Trotz dieser objektiv ungünstigen Ergebnisse waren die meisten Pat. mit dem Erfolge der Operation zufrieden. In 79% der Fälle waren die subjektiven Beschwerden entweder ganz geschwunden oder bedeutend gebessert, nur 21% waren auch nach Maßgabe der subjektiven Klagen als Mißerfolge anzusehen. Es geht daraus hervor, daß man sich trotz der objektiv wenig befriedigenden Resultate nicht abhalten lassen soll, die Trendelenburg'sche Operation in allen geeigneten Fällen zu versuchen, bevor man eingreifendere Operationen vornimmt. **M. v. Brunn** (Tübingen).

64) **C. Philip.** Über Heftpflasterverbände bei Ulcus cruris. (Aus Dr. Unna's dermatolog. Poliklinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 45.)

Um die Retention von Sekreten unter dem Heftpflaster zu verhindern, verwendet P. (»Philipbinde« bei Beiersdorf & Co. in Hamburg) solche Pflasterstreifen, die in der Mitte von Pflastermasse befreit sind, hier also nur aus durchlässigem Stoffe bestehen, durch den die Sekrete nach außen abfließen können.

Kramer (Glogau).

65) **W. Fürstenheim.** Fußgelenksdistorsion als Todesursache, ein Beitrag zur Unfallehre. (Aus dem städt. Krankenhaus in Hirschberg i. Schl.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

Bei dem 30jährigen, an alter Lungentuberkulose und chronischer parenchymatöser Nephritis leidenden Pat. war es nach einer Verstauchung des linken Fußgelenkes zu Thrombose der V. tibial. post. sin. unterhalb des Malleol. int., zu trockenem Brand des linken Fußes und von diesem aus zu Vereiterung der Bauch- und Brustlymphdrüsen mit Entzündung des Bauchfelles und Lungeneiterung gekommen. Der Tod wurde als mittelbare Folge des Unfalles angesehen.

Kramer (Glogau).

66) **H. Ebel.** Über traumatische Luxationen im Talocruralgelenke.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIV. p. 601.)

Aus der Wölfler'schen Klinik beschreibt Verf. insgesamt 15 Fälle der genannten Verletzung, und zwar 4 Fälle von Verrenkung nach vorn, 4 nach hinten, 1 nach innen und 6 nach außen. Eingehende und durch Abbildungen erläuterte anatomische Vorbemerkungen werden vorausgeschickt.

M. v. Brunn (Tübingen).

67) **Bergmann** (Essen). Calcaneusbrüche.

(Festschrift der Huyssens-Stiftung. Essen 1904.)

Verf. liefert einen hübschen Beitrag zu diesen relativ seltenen Verletzungen. Seine im Originale nachzulesenden speziellen Ausführungen zielen darauf ab, daß

die Calcaneusbrüche weniger mit Rücksicht auf ein anatomisch ideales, als vielmehr auf ein funktionell günstiges Endresultat behandelt werden sollen. Er hat gute Erfolge mit Reposition und abnehmbaren Wattekompressionsverbänden mit Schiene gehabt, die schon vom 3. Tage ab eine Nachbehandlung mit passiven Bewegungen und Massage gestatten. **Schmieden** (Bonn).

68) **L. Bérard** et **M. Patel.** Fracture ancienne de l'astragale et de la malléole interne. Pied bot varus consécutif. Dégénérescence secondaire du nerf tibial postérieur. Dégénérescence ascendante. Troubles trophiques graves.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 2.)

Ein 43jähriger Arbeiter, knochig, aber mit unentwickeltem Hoden und weiblichem Habitus, sonst ohne irgendwelche Belastung, hat vor 15 Jahren irgendeine schwere Quetschung am rechten Fußgelenk erlitten durch ein daraufgefallenes 30 kg schweres Kohlenstück. Nach 10 Tagen wieder arbeitsfähig; 2 Jahre darauf Eiterung, welche an verschiedenen Stellen der Gegend bald ausheilt, bald wieder aufbricht, zu Geschwüren führt, und wozu sich in weiteren 3 Jahren ein Klumpfuß herausbildet. 10 Jahre lang bleibt die Knochenkonfiguration ziemlich gleich. Zurzeit zeigen sich Talus, Calcaneus, Scaphoideum in eine große Knochenmasse verschmolzen. Keine Sensibilitätsstörungen noch sonstige Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems, aber tief eingefressene Geschwüre und Degeneration der dem N. tibialis posticus entsprechenden Muskulatur. Amputation des Unterschenkels, glatte Heilung. Nach $1^1/_2$ Jahren Geschwürsaufbruch am Stumpfe; Neuritis. Retrorektale Injektionen von künstlichem Serum sollen den Beckensympathicus beeinflussen und führen in der Tat eine Besserung der neuritischen Symptome herbei. Der N. tibialis posticus zeigt sich bei der Operation stark verdickt und geschwellt, die Ursache zur Entzündung wird in seiner Verschmelzung in die Knochenmasse zwischen Calcaneus und Talus gefunden. Die Autoren nehmen an, daß die Verletzung zunächst zu einem Bruche des Malleolus und Talus geführt habe und damit zu einem rein traumatischen Klumpfuß, dann kam die Neuritis durch Einklemmung des Nerven in die Knochennarbe hinzu und auf dieser neuritischen Grundlage weitere Deformationen am Talus und Naviculare und die Muskel- und Hautdegenerationen. An die Möglichkeit einer solchen Nervenbeteiligung sollte man bei jedem Talusbruche denken und sich in seinen — event. operativen — Maßnahmen danach richten. **Herm. Frank** (Berlin).

69) **A. Jeney.** Ein Fall von Luxation im Chopart'schen Gelenke.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 42.)

Unter den Verrenkungen im Bereiche der Fußwurzelgelenke gehört diejenige des Chopart'schen Gelenkes zu den größten Seltenheiten. J. bespricht einen solchen Fall, der einen jungen Kavalleriekadetten betraf, der auf Pflaster mit seinem Pferde stürzte, derart, daß sein rechter Fuß unter das Pferd zu liegen kam. Die Richtigkeit der Diagnose konnte durch die Röntgenphotographie bestätigt werden. Die betreffenden Abbildungen sind der Arbeit beigefügt. Der ganze Vorfuß war im Chopart'schen Gelenke nicht nur nach innen (medialwärts), sondern auch nach unten (plantarwärts) verschoben. Es bestand eine Beugestellung fast sämtlicher Zehen, besonders der großen Zehe.

Die Luxation ließ sich in Narkose durch starken Zug am Vorfuß und Ausführung forcierter Supination bei kräftigem direkten Druck auf das Kahnbein mit deutlich hörbarem Ruck einrichten. Gipsverband. Guter Erfolg.

Hübener (Dresden).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 10. **Sonnabend, den 11. März.** **1905.**

1) G. Crile. Blood-pressure in surgery.

Philadelphia and London, **J. B. Lippincott company**, 1903. 413 S.

Verf. verfolgt in dem vorliegenden Werke den Zweck, die verschiedenen und oft einander widersprechenden Verfahren, den sinken- Blutdruck vor, während und nach Operationen zu heben, auf eine gesichertere, experimentelle Basis zu stellen. Er hat daher in sehr zahlreichen Tierversuchen die genauere Art der Einwirkung unserer gebräuchlichsten Mittel, z. B. von Alkohol, Digitalis, Strychnin, Salzinfusion, Adrenalin usw., studiert, ferner die vorhergehende Resektion

oder Kokainisation der Ganglia stellata als Mittel, Chok vorzubeugen und die Wirkungen vermehrten oder verminderten atmosphärischen Druckes auf Blutzirkulation und Absorption, schließlich den Einfluß mechanischen Druckes. Um einen dosierbaren peripheren mechanischen Druck auf die Körperoberfläche oder einzelne Teile derselben ausüben und damit auf den Blutdruck einwirken zu können, hat C. eine Art von Gummianzug mit zwei Lagen (Pneumatic rubber suit) konstruiert, zwischen dessen Lagen Luft in verschiedenster Menge eingepumpt und wieder abgelassen werden kann. Der Apparat hat sich, indem er erlaubte, den Blutdruck auf einer gewissen Höhe zu halten, bereits bei schweren Operationen bewährt und wird in Amerika in verschiedenen Hospitälern, z. B. auch von R. Park in der Universitätsklinik zu Buffalo, praktisch verwendet. C. geht sodann auf die klinischen Beobachtungen über Änderungen im Blutdrucke während Operationen ausführlich ein, sowohl bei allgemeiner als bei örtlicher Narkose; indem er klinische Beobachtungen und experimentelle Ergebnisse vergleicht, kommt er zu folgenden Schlußfolgerungen:

Die Kontrolle des Blutdruckes ist in vielen Fällen gleichbedeutend mit der Kontrolle des Lebens selbst. Der chirurgische Chok ist eine Erschöpfung der vasomotorischen Zentren; der Herzmuskel sowohl als die Herznervenzentren und das Atmungszentrum sind hierbei nur sekundär mitbeteiligt. Kollaps ist die Folge einer Funktionsstörung des Herz- oder vasomotorischen Mechanismus, oder durch Blutung bedingt. Beim Chok sind therapeutische Dosen von Strychnin wirkungslos, physiologische gefährlich oder tödlich. Mittel, welche die vasomotorischen Zentren stimulieren, sind bei Chok nicht angebracht, Herzstimulantien haben nur geringen Wert und können schädlich wirken. Dagegen können Stimulantien bei Kollaps günstig wirken, da die Zentren noch nicht erschöpft sind. Salzwasserinfusionen haben bei Chok nur beschränkten Wert, einen größeren bei Kollaps; das Blut verträgt nur eine mäßige Verdünnung mit Salzwasser; Infusionen bei Chok steigern nur ganz vorübergehend den Blutdruck. Adrenalin wirkt auf das Herz und die Blutgefäße, erhöht den Blutdruck beim normalen Tiere, beim enthaupteten, bei kokainisiertem Rückenmark und bei jedem Grade von Chok; es wird durch die Gewebe und das Blut sehr rasch oxydiert, seine Wirkung ist flüchtig, und es sollte längere Zeit gegeben werden; in übermäßiger Dosis hat es deutliche stimulierende Wirkung auf den Herzhemmungsapparat; sein klinischer Wert ist noch nicht genügend erprobt. Der pneumatische Gummianzug bewirkt einen künstlichen peripheren Widerstand ohne schädliche Nebenwirkungen und gewährt eine Kontrolle des Blutdruckes innerhalb 25—60 mm Hg. Durch Kombination von künstlicher Atmung, rhythmischem Druck auf die Herzgegend und Adrenalininfusion gelang es, Tiere, welche anscheinend seit 15 Minuten tot waren, wieder zu beleben. Durch dasselbe Verfahren, unter Hinzufügung des pneumatischen Anzuges, konnte ein Pat., welcher infolge schwerer Hirnverletzung seit 9 Minuten scheinbar tot war, für die Zeit von 32 Minuten

wiederbelebt werden; während derselben war ein starkes Pulsieren des Herzens vorhanden und der Kranke imstande, den Kopf zu bewegen.

Zahlreiche Kurven und Abbildungen der verwendeten Apparate sind beigegeben. **Mohr** (Bielefeld).

---

2) **S. Horsley.** Surgical shock.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. Dezember 24.)

Das Wesentliche beim Chok ist die Verminderung des Blutdruckes. Dieser ist abhängig neben der Herzkraft und der absoluten Blutmenge von der Weite des Gefäßsystems. Beim Chok ist das Gefäßsystem abnorm weit durch Lähmung des überreizten vasomotorischen Zentrums. Ersetzen wir dessen Wirkung durch direkte Anregung von Gefäßkontraktionen, so kann dieses Zentrum sich erholen. Darum empfiehlt H. als Mittel gegen Chok langsame Infusion von Kochsalzlösung mit Adrenalinzusatz (1 : 200000); ferner Wärme bezw. vorbeugend Vermeidung der Abkühlung, möglichste Beschränkung der Narkose und besonders, bei eingreifenden Operationen an den proximalen Teilen der Extremitäten, Leitungsunterbrechung der freigelegten großen Nervenstämme durch Kokaininjektion. Dadurch wird den übermächtigen Reizen der Weg zum vasomotorischen Zentrum verlegt.

Lengemann (Bremen).

---

3) **G. Meyer.** Erste ärztliche Hilfe. 2. Auflage.

Berlin, **August Hirschwald,** 1905. 466 S.

Einzelne Kapitel sind in dieser zweiten Auflage des Buches umgearbeitet. Neu hinzugekommen ist ein Abschnitt über »Verrenkungen der Knochen in den Gelenken«, ein Abschnitt über Sturzgeburten und Fürsorge der Neugeborenen und ein Kapitel über Krankenbeförderung.

Es ist zu wünschen, daß sich auch diese zweite Auflage des Buches als trefflicher Berater bei der ersten ärztlichen Hilfe viele neue Freunde unter Ärzten und Studierenden erwerben möge.

Neck (Chemnitz).

---

4) **F. L. Dumont.** Handbuch der allgemeinen und lokalen Anästhesie für Ärzte und Studierende.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1903. 234 S. 116 Fig.

Bei allen Narkoticis handelt es sich um Gifte; die chirurgische Anästhesie ist nichts anderes, als eine partielle Vergiftung, gleichsam das erste Stadium einer allgemeinen. Ebenso wie die am höchsten differenzierten Tiere leichter der Narkose erliegen, werden auch beim Menschen die am höchsten stehenden Organe des Nervensystemes am frühesten paralysiert. Diese Theorie erklärt wohl am besten alle Stadien der Narkose und auch individuelle Verschiedenheiten in ihrem Verlaufe.

Nach Würdigung aller bei jeder Narkose in Betracht kommenden Fragen: Vorbereitung, Lagerung, Maßregeln zur Verhütung von Asphyxien u. a., wobei D. sehr mit Recht betont, daß die Ausbildung

der Studierenden in der Narkose viel zu mangelhaft sei, und Kurse, ja sogar Testate dafür fordert, geht er zu den einzelnen Methoden der Anästhesie über.

Die Wahl des Anästhetikums hängt vom Zustand und der Krankheit des Pat. ab. Keines wird auf Kosten der anderen die Alleinherrschaft ausüben können.

D.'s Ausführungen sind um so wertvoller, als er über die meisten Methoden eigene Erfahrungen gesammelt hat. Bei jedem Anästhetikum gibt er einen kurzen historischen Überblick.

Äther bewirkt meist eine Steigerung des Blutdruckes. Die Juillard'sche Methode ist keine Erstickungsmethode, wie ihr vielfach vorgeworfen wird; sie wird nur häufig falsch ausgeführt. D. bezeichnet sie als die Normalmethode. Statt der einfachen vorangehenden Morphiuminjektion empfiehlt er Morphium-Atropin. — Die Tropfmethode mit gewöhnlicher Esmarch'scher Maske findet keine Erwähnung.

Beim Chloroform empfiehlt D., wenn wirklich schöne und möglichst sichere Narkosen erzielt werden sollen, nur die Anwendung von Apparaten, die eine mit Luft genau dosierte Menge zuführen. Der Krohne-Sesemann'sche ist vielleicht der beste.

Äther findet überall da Anwendung, wo nicht Lungenaffektionen eine Gegenindikation bilden oder wo man nicht mit Thermokauter der Maske zu nahe kommt.

Strafrechtlich verantwortlich ist der Arzt, welcher Herzkranke chloroformiert und in der Narkose verliert oder Kranke mit akuten Lungenaffektionen ätherisiert und in der Narkose verliert.

Die Stickoxydulnarkose wird auch von ihren Konkurrenten, Bromäthyl- und Äthylchloridnarkose nie verdrängt werden können, weil sie weniger gefährlich ist, als alle bisher angewandten Anästhetika. — Für Verwendung des Äthylchlorids als Allgemeinanästhetikum spricht sein angenehmer Geruch, das äußerst schnelle Erwachen, fast gänzliches Fehlen der Exzitation und der Nachwirkungen. — Bromäthyl ist das Mittel par excellence für kurzdauernde Eingriffe. Von Anwendung größerer Mengen ist abzuraten, da neuerdings unzweifelhafte Todesfälle beobachtet sind. — Da Pental verschiedene nachteilige Eigenschaften hat, und genügend andere Anästhetika zur Verfügung stehen, muß man sich dagegen sehr reserviert verhalten. — Die Chloralnarkose hat keine Vorteile und daher keine Aussicht auf größere Verbreitung.

Von den Mischnarkosen kommen hauptsächlich die mit Schleich-schen Gemischen, Stickoxydul-Sauerstoff und Sauerstoff-Chloroform in Betracht. Erstere und ähnliche erleiden auf dem Wege bis zur Einatmung unkontrollierbare Veränderungen. — Von dem Stickoxydul-Sauerstoffgemisch verspricht sich D. gutes, sobald es gelingt, es in handliche Form zu bringen. — Die Sauerstoff-Chloroformnarkose hat den Vorzug guten Einflusses auf Puls und Respiration, Fehlen oder Herabsetzung der Exzitation, geringen Chloroformverbrauches, raschen Erwachens, Ausbleiben unangenehmer Nebenwirkungen. Die Hand-

habung ist durch den Roth-Dräger'schen Apparat erleichtert und genaueste Dosierung ermöglicht. Das Chloroform erleidet dabei keine Zersetzung. — Über Somnoform (Bromäthyl-Chloräthyl-Chlormethyl) kann D. selbst noch kein Urteil fällen, glaubt aber, daß es ein ideales Anästhetikum abgeben muß, wenn sich die Erwartungen Rolland's bestätigen.

Von den kombinierten Narkosen bedeuten die Bromäthyl-Äther- und vielleicht noch besser die Äthylchlorid-Ätherkombination eine große Erleichterung der Äthernarkose; man soll aber mit der Dosis des Einleitungsmittels, speziell mit Äthylchlorid, vorsichtig sein. — Die Stickoxydul-Ätherkombination erzielt schöne Narkosen, erfordert aber gewisse Übung und ist teuer. — Über Skopolamin-Morphium will D. noch kein Urteil fällen.

Von der Bier'schen Medullaranästhesie sagt er, daß sie eine Ausnahmemethode sei, welche die Allgemeinnarkose nie zu verdrängen imstande sein werde; er hofft aber, daß sie durch Verbesserung ihre Existenzberechtigung neben den anderen Methoden finden wird.

Die Entscheidung, ob allgemeine oder Lokalanästhesie anzuwenden ist, ist nur von Fall zu Fall zu geben. Von den Lokalanästheticis sind vorläufig außer den durch Kälte wirkenden immer noch Kokain und Eukain B. die empfehlenswertesten. **Renner** (Breslau).

---

5) **T. Luke.** The production of anaesthesia for brief operations on the naso-pharynx.

(Edinburgh med. journ. 1904. Juli.)

Verf. führt die Operationen im Nasen-Rachenraume stets am hängenden Kopfe aus und wendet zur Anästhesie meistens Äthylchlorid an; nur bei Polypen und Operationen am Nasenseptum könnte Narkose in Frage kommen, namentlich wenn daneben noch adenoide Vegetationen oder Hypertrophie der Tonsillen vorhanden wären.

Jenckel (Göttingen).

---

6) **Hildebrandt.** Die Anwendung des Adrenalins in der chirurgischen Praxis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

Verf. kann im allgemeinen die guten Erfolge, welche H. Braun mit dem Adrenalin in der kleinen Chirurgie hatte, auf Grund der Erfahrungen in der König'schen Klinik bestätigen. Verwendet wurde das Suprarenin der Höchster Farbwerke. (Maximaldosis $^1/_2$ mg = 15 Tropfen; diese Menge ist, auf Schleimhäute angewendet, unbedenklich, für Injektionen meist zu groß.) Zur Unterbrechung des Kreislaufes in den Kapillaren reicht eine Verdünnung von $^1/_{10000}$ und darunter aus. Zur Anästhesierung der Schleimhäute wurden kurz vor Ausführung des Eingriffes in eine 5%ige Kokain- oder Eukainlösung wenige Tropfen des sterilisierten Adrenalins (1:1000) eingeträufelt. Nach 5 Minuten ist die mit dieser Lösung betupfte Schleimhaut völlig

unempfindlich. Um die Blase zu anästhesieren füllt man dieselbe mit einer 0,1—0,2%igen Kokain-Kochsalzlösung, der man ca. 1 ccm Suprarenin zugesetzt hat. Nach 15 Minuten Anästhesie. Der Schleich-schen Lösung setzt man zweckmäßig 3—10 Tropfen Adrenalin zu, etwa 10 Tropfen auf 50 ccm. Bei der Kombination des Schleich'schen Verfahrens mit der Hackenbruch'schen zirkulären Analgesierung bedient man sich zweckmäßig einer 0,05—0,1%igen Kokain- oder Eukainlösung, der man auf je 50 ccm 5—10 Tropfen Adrenalin zusetzt. Zur Analgesierung der größeren oberflächlich gelegenen Nervenstämme genügt die Injektion einiger Kubikzentimeter einer 0,2%igen Kokain-Adrenalinlösung. Zu Zahnextraktionen gebraucht man ungefähr 2 ccm einer 1—2%igen Kokainlösung mit 2 Tropfen Adrenalin. Zur Analgesierung vom Rückenmark aus nach Bier ist ein Zusatz von Adrenalin vorläufig nicht zu empfehlen. Als Hämostyptikum ist das Adrenalin von König mit Vorliebe bei plastischen Operationen an der Harnröhre verwendet, um die lästigen Bulbusblutungen zu vermeiden.

Langemak (Erfurt).

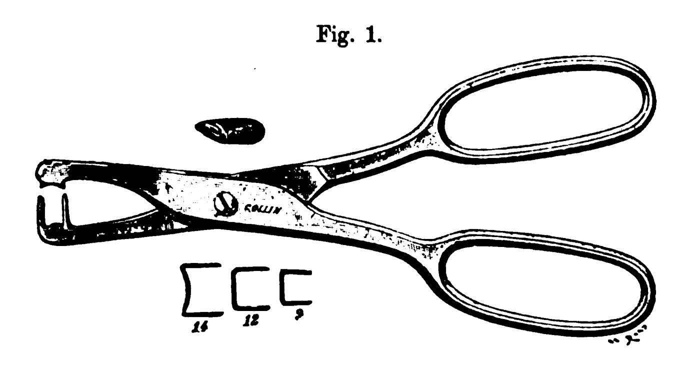
---

7) **Jeannel** (Toulouse). Des ligatures et des sutures métalliques perdues.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 7.)

J. bedauert, daß von seiten der Chirurgen der von Michaux auf dem internationalen medizinischen Kongreß 1900 gemachte Vorschlag, metallene Ligaturen und Nähte auch versenkt anzulegen, in der Praxis gar nicht nachgeprüft sei. Er gibt seine persönlichen Erfahrungen darüber und kommt zu einer warmen Empfehlung dieser

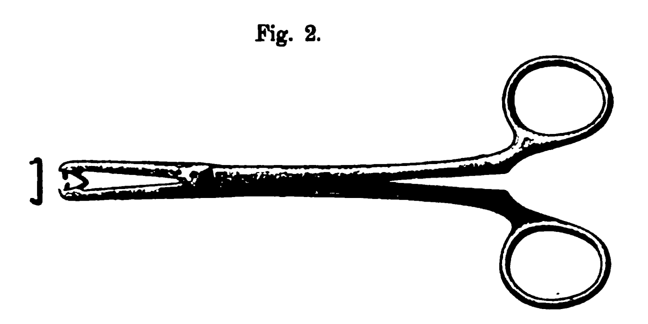
Fig. 1.



Ligatur- bezw. Nahtmethode. Er hat bei 103 Operationen jeweils zahlreiche dieser Michaux'schen Nickeldrahtklammern mittels der zugehörigen Michel'schen Zange angelegt und nur bei 9 Pat. die Ausstoßung einer oder der anderen Drahtklammer beobachtet. Er rühmt denselben nach, daß sie sicherer als Fadenligaturen sterilisiert und, weil kein Knüpfen notwendig, leichter angelegt werden können. Sie erwiesen sich bei allen Arten von Operationen als anwendbar und sie

erfüllten stets ihren Zweck, z. B. auch bei Exstirpatio mammae, bei Amputationen, bei Operation von Hernien oder der Appendicitis, sogar

Fig. 2.



bei Nephrektomie und bei 37 Laparotomien wegen Erkrankung der weiblichen Genitalorgane. Die Klammern wurden stets gut vertragen.

Stolper (Göttingen).

---

8) **J. W. Sandelin.** Über tuberkulöse Lymphome am Halse.

Inaug.-Diss., Helsingfors, 1904. 201 S. (Schwedisch.)

Auf dem sehr reichen Materiale der chirurgischen Klinik der Alexander-Universität zu Helsingfors (Prof. Krogius) fußend — in Summa 460 Fälle — behandelt Verf. in ausführlichen Kapiteln die Geschichte, Ätiologie und Pathologie, die Symptome, die Differentialdiagnose, Therapie und die Operationsresultate der tuberkulösen Halslymphome, wobei er auch die Skrofulose und die einfach hyperplastischen Lymphome kurz streift. Auf die einzelnen Kapitel näher einzugehen verbietet der Raum, nur die Schlußfolgerungen Verf.s möchten hier zitiert werden:

1) Die früher sogenannten skrofulösen Drüsen dürfen passend entweder tuberkulöse oder einfach hyperplastische genannt werden, je nachdem sie von Tuberkulose hervorgerufen angesehen werden können oder nicht.

2) Das weibliche Geschlecht scheint häufiger als das männliche von Tuberkulose der Halslymphdrüsen befallen zu werden.

Die tuberkulösen Halslymphome treten hauptsächlich während der zwei ersten Lebensdezennien auf.

Am häufigsten findet man sie im Gefolge wiederholter Anfälle von Angina (hypertrophischen Tonsillen), Zahnkaries, chronischen Augen-, Ohren- und Nasenleiden nebst den exanthematischen Fieberkrankheiten, Diphtherie und Keuchhusten.

3) Tuberkulöse Lymphome, besonders eiternde, scheinen in einem Teile der Fälle Amyloiddegeneration hervorrufen zu können.

Die Lymphdrüsentuberkulose kann zuweilen in einer besonders bösartigen Form auftreten, die an und für sich den Tod herbeizuführen vermag. Ihre größte Gefahr aber beruht in der Möglichkeit, daß die tuberkulöse Infektion sich von den Lymphdrüsen entlang den Lymph-

oder Blutwegen auf andere Organe, besonders die Lungen, verbreiten kann. Eine solche Verbreitung ist offenbar nicht allzu selten.

4) Die Differentialdiagnose kann zuweilen recht große Schwierigkeiten bieten, besonders gegenüber den pseudoleukämischen und gummösen Lymphomen.

5) Lymphomkranke mit chronischen hyperplastischen Lymphomen sollen zuerst einer hygienisch-diätetischen und medikamentösen Behandlung unterworfen werden; zeigt sich diese wirkungslos, und vergrößern sich die Drüsen, so soll man bald zu radikaler operativer Behandlung übergehen. Speziell sollen Lymphomkranke mit käsigen oder eiternden Lymphomen baldigst operiert werden, falls eine Operation ausführbar ist, d. h. wenn der Allgemeinzustand eine so eingreifende Behandlung gestattet.

Ist das Allgemeinbefinden geschwächt und liegen Komplikationen mit Lungen- oder anderweitigen Tuberkulosen vor, welche eine unmittelbare Operation kontraindizieren, soll man Pat. zuerst einer allgemeinen roborierenden Behandlung unterwerfen, und zwar, soweit es tunlich ist, in hierfür geeigneten Sanatorien oder Heilstätten, und erst operieren, wenn der Allgemeinzustand sich verbessert hat. Bessert sich der Allgemeinzustand unter einer solchen Behandlung nicht, und liegt multiple Lokalisation der Lymphome vor, so soll man in der Regel eine eingreifende Operation mit Chloroformnarkose unterlassen, neben Fortsetzung der allgemein roborierenden Behandlung höchstens palliative Operationen ausführen, falls die Lymphome Beschwerden machen. Auch nach der Operation sollten die Lymphomkranken eine Zeitlang eine hygienisch-diätetische Nachbehandlung durchmachen, am besten in einem Sanatorium.

6) Operative Behandlung führt wenigstens in der Hälfte aller Fälle zu dauernder Heilung; eine höhere oder geringere Prozentzahl der Geheilten hängt von der Schwere der Fälle ab. — Die mit Erfolg operierten Lymphomkranken scheinen der Lungentuberkulose weniger ausgesetzt zu sein als die mit unoperierten oder rezidivierenden Lymphomen. In einer großen Zahl der Fälle findet sich später Lungentuberkulose.

Kurzgefaßte Krankengeschichten aller 460 Fälle und ein Literaturverzeichnis von 178 Nummern schließt die verdienstvolle Arbeit ab.

Hansson (Cimbrishamn).

---

9) **H. Caubet.** La tuberculose du coccyxe.

(Revue de chir. XXIV. Jahrg. Nr. 8 u. 9.)

Verf., der drei Fälle von Karies des Steißbeines zu sehen und mit Erfolg zu behandeln Gelegenheit hatte, glaubt ihr aus manchem Grunde eine Sonderstellung unter den Knochentuberkulosen zuweisen zu sollen; die Erkrankung wird häufig verkannt, als Fist. ani oder als Beckenkaries aufgefaßt und dementsprechend unrichtig behandelt, zum erheblichen Nachteile für die Pat.; denn bei sachgemäßem Vorgehen bietet die Karies des Steißbeines eine gute Prognose.



Sie ist nicht häufig, tritt jedoch gewöhnlich solitär auf, sich auf das Steißbein beschränkend. Ihre Anfangssymptome sind höchst unsicher zu deuten und werden, wenn Schmerz noch das einzig konstatierbare ist, mit Coccygodynie verwechselt. Nimmt man jedoch sämtliche Momente zu Hilfe, die zur Diagnose in Betracht kommen, wird man sie schon frühzeitig stellen. Hierzu dienen 1) das Geschlecht; Männer sind event. doppelt so häufig von Karies des Steißbeines ergriffen wie Frauen; 2) die Anamnese, da eine Kontusion relativ oft vorausgegangen ist; 3) der lokale Druckschmerz, der entweder von der Crena ani oder vom Mastdarm oder bimanuell erzeugt werden kann. Ziemlich bald entwickelt sich dann Schwellung der Umgebung, sodann Abszeßbildung, welche nach Art der Senkungsabszesse zwischen Mastdarm und Steißbein herabsteigt und, zwischen denselben durchbrechend, Fisteln erzeugt. Diese können nicht mit Analfisteln verwechselt werden, wenn man sorgfältig sondiert, weil das Instrument entschieden nach rückwärts ausweicht, »den Mastdarm flieht«. In einer Tiefe von 6 bis 12 cm wird man auch auf rauhen Knochen stoßen. Ist die Diagnose gestellt, so wird im allgemeinen die Exartikulation des Steißbeines, deren Technik genau beschrieben wird, recht bald Heilung erzielen. Der Schluß der Arbeit dürfte im nächsten Jahrgange zu erwarten sein!

Christel (Metz).

---

10) **Kschischo.** Zur Frage des Bauchdeckenschnittes und seiner Vereinigung.

(Wiener med. Wochenschrift 1904. Nr. 4—8.)

Das im Breslauer Allerheiligenhospital von Asch seit 7 Jahren verwendete Bauchschnittverfahren hat bei 92 nachuntersuchten Frauen die besten Erfolge gezeigt. 80 Fälle sind primär ohne Bruchfolge geheilt, einer zunächst mit einer kleinen Fistel und folgendem Bruche; 11 sind sekundär geheilt, 8 davon oberhalb der Aponeurose und ohne Bruchfolge, 3 mit Eiterung unterhalb derselben, davon 2 mit Bruchfolge, mit sekundärer Naht ohne Bruch 1 Fall. Insgesamt also ist bei 92 Frauen dreimal später ein Bruch aufgetreten, und zwar innerhalb einer Beobachtungszeit, welche bei 37 Frauen 2 Jahre überstieg, davon bei 10 Fällen 5 Jahre. — Die wesentlichen Züge des Verfahrens sind Hautschnitt in der weißen Linie 7—9 cm lang zwischen Nabel und Schamfuge, Fascienschnitt längs dicht neben der weißen Linie innerhalb der geraden Bauchmuskelscheide unter Beiseitedrängung des Muskels, Spaltung des Bauchfelles in genügender Ausdehnung zur vorläufigen Orientierung, dann weiterhin je nach Umständen Erweiterung des Bauchfell- und Fascienschnittes. Die Bauchdeckenwundfläche soll möglichst wenig mit Fingern berührt, sondern durch vorsichtig eingesetzte Specula auseinander gehalten werden; die Gefäße nur abgeklemmt, möglichst nicht unterbunden, die Wunde zuletzt, ev. durch sterile Tupfer, abgerieben werden. Der Schluß der Wunde geschieht durch besondere Bauchfellnaht mit fortlaufenden Fäden von oben und unten her mit Knotung in der Mitte, was das Liegenlassen

der Bauchserviette bis zum Schluß ermöglicht, Fascienaht mit Silkwormgut unter Vermeidung des Muskelfleisches in gleicher Weise ohne zu festes Zuziehen. Abbrennen der Fadenenden hinter dem Knoten mittels Paquelin. Intrakutane Hautnaht mit fortlaufendem Faden, dessen Enden über einem Tupfer geknotet werden. Dieser Faden wird nach 10 Tagen entfernt. Bedeckung der Wunde mittels Mull, Watte und einem $^1/_3$ m breiten durch Sicherheitsnadel zusammengesteckten Flanelltuch. **Herm. Frank** (Berlin).

---

11) J. Blake. The treatment of diffuse peritonitis.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. November 19.)

B. bevorzugt ziemlich kleine Inzision, er spült mittels Irrigatorschlauches, der eine zentrale Einfluß- und seitliche Ausflußöffnungen besitzt; die eingelaufene Flüssigkeit wird gleich wieder ausgehebert. Damit erreicht er die Reinigung der Bauchhöhle viermal so rasch, wie mittels der gewöhnlichen Drainröhren. Den negativen Druck beim Ausheben soll man nicht zu groß machen, damit nicht Netz in die Auflußlöcher angesaugt wird. B. drainiert nur oberflächlich mit Zigarettedrains.

B. hat gegen 60—70% in früherer Zeit in den letzten 4 Jahren nur $28^1/_2$% der Fälle von diffuser Peritonitis verloren (62% bei allgemeiner, 14,3% bei progredienter, noch nicht allgemeiner). Diesen Fortschritt bezieht er neben den Verbesserungen der Technik auf die bessere Einsicht der praktischen Ärzte, die die Kranken jetzt eher zur Operation bringen. **Lengemann** (Bremen).

---

12) B. Holmes. Appendicitis and other diseases about the appendix.

New York, Appleton Co., 1904.

Ein Band eines größeren Werkes über Bauchchirurgie. Besonders interessant ist der den größeren Teil des Buches füllende Abschnitt über Appendicitis. Derselbe ist äußerst anregend geschrieben und durch zahlreiche instruktive Beobachtungen illustriert.

Charakteristisch für die moderne Medizin ist gegenüber der Autopsie am Toten der alten Zeit die am Lebenden. Die auf sie gegründete Erkenntnis hat die statistisch nachweisbare kolossale Ausbreitung der Bauchchirurgie in unseren Tagen zur Folge gehabt.

Die ersten Anfänge der operativen Therapie der Appendicitis stützen sich auf die Studien Parker's, die in das Jahr 1867 fallen.

Einen Höhepunkt bedeutet die Mitteilung McBurney's über 24 Frühoperationen mit nur einem Todesfalle aus dem Jahre 1891.

Die vielerlei Bezeichnungen, die man der gleichen Erkrankung hat zuteil werden lassen, wirken verwirrend, besonders im Hinblick auf das Verständnis der Ätiologie.

Entsprechend den eigentümlichen anatomischen Verhältnissen des Wurmfortsatzes beginnt die Erkrankung fast immer mit der Bildung und den Erscheinungen einer Retentionscyste.

Tritt chirurgische Hilfe nicht ein, so kommt es zu den bekannten Sekundärerscheinungen, fernliegenden Abszessen u. a.; im besten Falle tritt, meist vorübergehende, Heilung mit Stenosenbildung ein.

Das unendlich mannigfaltige Bild, unter dem die Appendicitis verlaufen kann, gibt Anlaß zu häufigen Fehldiagnosen, bis die plötzlich hereinbrechende Katastrophe die Situation klärt. Besonders die chronischen Formen der Appendicitis werden gern mit den verschiedensten Erkrankungen der Gallenblase, der Nieren, der Lungen und des Magen-Darmkanales verwechselt; eine besonders beliebte Diagnose ist die der »Dyspepsia nervosa« (Mynter).

Was die Symptome der Erkrankung anlangt, so sind hier gerade die subjektiven Erscheinungen von erheblicher Bedeutung. Als wichtigstes Symptom ist der akut auftretende Schmerz zu bezeichnen. Dabei ist es von Wichtigkeit zu wissen, daß derselbe sehr häufig nicht nach der Ileo-Coecalgegend, sondern nach dem Epigastrium verlegt wird. Von übler Vorbedeutung ist das plötzliche Aufhören der Schmerzen während des weiteren Krankheitsverlaufes; es bedeutet vielfach den Beginn der allgemeinen Peritonitis. Der Typus des Schmerzes ist ein außerordentlich verschiedener, wie der Verf. an einer Reihe von Beispielen zeigt. Ein weiteres, ebenfalls sehr wichtiges Symptom ist das Auftreten von Übelkeit und Erbrechen; bei Kindern häufig überhaupt das erste Anzeichen der Erkrankung.

Eine akute Verschlimmerung der Krankheit wird am besten an der Zunahme der Pulsfrequenz und in zweiter Linie an dem Verhalten der Leukocytose erkannt.

Die Prognose der Appendicitis ist unabhängig von Symptomen und Befund. Die Gefahr der chronischen Appendicitis besteht in der stets vorhandenen Möglichkeit des Akutwerdens. Ein Fünftel aller mit chronischer Appendicitis Behafteten geht zugrunde.

Die Unsicherheit in der Prognosenstellung und die Beobachtung vieler, wider Erwarten unglücklich verlaufener Fälle haben den Verf. veranlaßt, einen vollkommen radikalen Standpunkt in der Frage der Therapie einzunehmen. »Die Behandlung der Appendicitis besteht in der Operation.«

Bei diesem Standpunkte muß dann aber auch die Operationstechnik eine vollkommene sein: kleinster Schnitt, möglichste Vermeidung der Berührung der unbeteiligten Darmabschnitte, schnellstes Arbeiten; dann — was wohl das Bemerkenswerteste ist — eine nur wenige Tage bestehende Bettruhe und Verlassen des Krankenhauses am Ende der ersten Woche! Bei den letzten 29 Fällen des Verf.s erstreckte sich die Bettruhe auf 1—7 Tage, und 20 von den 29 Pat. blieben weniger als eine Woche im Krankenhause.

Man kann drei Stadien unterscheiden, in denen die Pat. zur Operation kommen: die anfallsfreie Zeit, die Krankheit im Beginn und das Stadium, wo »the pouting abdomen cries for the knife«! In keinem Stadium der Erkrankung ist die Ausführung der Operation kontraindiziert.

Den Beschluß des Abschnittes bildet eine kurze Zusammenfassung des Vorangegangenen.

Ihm folgen ein etwas weitschweifiges Kapitel über Peritonitis und eine kürzere Besprechung des perforierenden Typhusgeschwüres und des Darmkarzinomes.

Engelmann (Dortmund).

13) **G. Baradulin.** Komplikationen von seiten der Harnblase bei Appendicitis.

(Monatsberichte für Urologie 1904. Hft. 12.)

Befindet sich der erkrankte Wurmfortsatz in der Nähe der Blase, so kommt es zu einer Pericystitis.

Allmählich wird die ganze Blasenwand ergriffen, es bilden sich Hämorrhagien der Blasenschleimhaut. Nähert sich der Abszeß dem Durchbruche, so können Geschwüre und geschwürige polypöse Wucherungen der Blasenschleimhaut entstehen. Nach dem Durchbruche bilden sich Fisteln meist auf der Hinterseite der Blase. Eiter-, event. auch Kotabgang mit dem Harn, event. auch Steinbildung sind die Folge. Die Fisteln können sich spontan schließen.

Die durch die Affektion der Blase entstehenden subjektiven Symptome sind bei Pericystitis vermehrter schmerzhafter Harndrang ohne Veränderung des Harns. Der Durchbruch des Eiters in die Blase kann jedoch auch ohne vorherige subjektive Symptome erfolgen. Der Durchbruch selbst dokumentiert sich meist durch plötzlichen sehr heftigen Harndrang mit folgendem Eiterabgang.

Mitteilung von drei einschlägigen Fällen der Moskauer chirurgischen Klinik des Herrn Bobrow.

Willi Hirt (Breslau).

14) **Stremmel.** When to operate for appendicitis.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. Oktober 15.)

S. hat an 1000 amerikanische Chirurgen die Anfrage gerichtet, wie viel unkomplizierte Perityphlitisfälle sie im Intervall operiert hätten und wie viele sie dabei verloren hätten. Er erhielt 579 Antworten: 119 Todesfälle auf 60476 Fälle, also weniger als $^1/_5$%. Er schließt mit einer Empfehlung der Intervalloperation bezw. der Frühoperation, die meist ganz ähnliche Verhältnisse bietet, indem er der obigen Statistik eine Mortalität von 14—20% bei Spätfällen gegenüberstellt.

Lengemann (Bremen).

15) **V. W. Low.** Richter's hernia.

(Lancet 1905. Januar 28.)

Verf. teilt vier Fälle von Darmwandbrüchen (Richter'schen Hernien) aus eigener Beobachtung mit und schließt daran einige beachtenswerte Bemerkungen über diese relativ nicht seltene Form der inkarzerierten Hernie. Die in die Abschnürung hineingezogene Darmportion kann $^1/_4$—$^3/_4$ des Umfanges umfassen; nicht selten wird dann hinterher der ganze Darm durch den Knick abgeschlossen. Nach der Statistik

von Treves über 53 Fälle wird fast ausnahmslos der Dünndarm, und zwar das Ileum befallen und der Teil, der dem Mesenterialansatz gegenüberliegt. Meist werden Erwachsene, und zwar Frauen, betroffen, und es handelt sich um Schenkelbrüche, merkwürdigerweise meist rechtsseitige. Auch Verf.s vier Fälle waren rechtsseitige Schenkelbrüche bei Frauen. Die Symptome des Richter'schen Bruches sind anfangs milde, wie der des gewöhnlichen eingeklemmten Bruches. Es besteht häufig kein absoluter Darmverschluß, dagegen oft noch Reaktion auf Abführmittel. Das Vorspringen des Bruches ist undeutlich und wird nicht selten übersehen, Gangrän der abgeschnürten Partie ist dann die Folge (so bei 27 von den 53 Fällen Treves'). Eine Spontanheilung ist möglich mit Kotfistel, die sich sogar hier und da von selbst schließt. Die Sterblichkeit ist sehr hoch; es starben auch zwei Fälle von denjenigen Verf.s. Eitrige Peritonitis ist die häufigste Todesursache. Verf. hält als Operation die Anlegung einer Kotfistel und Peritonealdrainage für besser, als primäre Resektion des Darmes. Hierin besteht ein wesentlicher Unterschied von der Operation des gewöhnlichen eingeklemmten Bruches. — Enge verwandt mit der Richter'schen Hernie ist die Littre'sche, wobei bekanntlich das Meckel'sche Divertikel in den Bruchsack eingeschnürt ist. Diese Form des eingeklemmten Bruches ist aber nach Treves enorm selten.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

16) **M. P. Nau.** Les hernies diaphragmatiques congénitales.

(Revue mens. des malad. de l'enfance Bd. XXII. p. 168.)

Verf. teilt die angeborenen Zwerchfellbrüche nach der Zeit ihrer Entstehung ein in embryonale und fötale. Die embryonalen Brüche entstehen im Laufe der ersten 8 Wochen. Hier besteht zu beiden Seiten ein nach hinten und lateral gelegener Defekt in dem Abschlusse zwischen Brustfellraum und Bauchhöhle. Diese Hernien haben daher keinerlei Sack und liegen stets mehr nach hinten. Es gibt drei Untergruppen: 1) Hernia embr. completa, bei der das Loch nur nach vorn und median vom Zwerchfell umgrenzt ist, 2) Hernie en boutonnière, bei der nur eine kleine Lücke bestehen geblieben ist, 3) Hernia complexa, bei der sogar der Zwerchfellpfeiler (stets der linke) nicht ausgebildet ist. Die Hernia foetalis zeigt stets einen Bruchsack. Derselbe besteht bloß aus serösen Häuten, wenn der Bruch vor Entwicklung der muskulösen Teile des Zwerchfelles entstanden ist (hernie par défaut). Er enthält sämtliche Elemente desselben, wenn er später entstanden ist (hernie par faiblesse). Schließlich gibt der Durchtritt der Speiseröhre eine natürliche Pforte für die Ausbildung einer Hernie. Die beiden ersteren Formen der fötalen Hernie können an jeder Stelle des Zwerchfelles auftreten. **Goeppert** (Kattowitz).

---

17) **J. Blake.** The surgical treatment of gastric ulcer.

(Amer. journ. of the med. sciences 1904. Dezember.)

Die chirurgische Behandlung des Magengeschwüres ist angezeigt bei Perforation, Narbenkontraktion und hierdurch bedingtem Pylorusverschluß oder Sanduhrmagen, bei Magenblutung und beim chronischen Magengeschwür an sich. Ist die Perforation nicht älter als 24 Stunden, so pflegt Verf. nach Exzision des Geschwüres ohne die Drainage der Bauchhöhle auszukommen.

Eine einzige, wenn auch starke Magenblutung berechtigt nach Verf.s Ansicht nur dann zur Operation, wenn vorher Geschwürssymptome bestanden haben. Sind diese Symptome nachweisbar, so soll man den Kranken operieren. Unter allen Umständen muß verhütet werden, daß die Kranken durch fortgesetzte Blutverluste zu schwach für eine Operation werden. Die Operation der Wahl ist die Exzision des blutenden Geschwüres mit nachfolgender Gastroenterostomie.

Bei chronischem Geschwür empfiehlt B. die hintere Gastroenterostomie mit der ersten Jejunumschlinge. **Läwen** (Leipzig).

---

18) **A. Ricard et E. Chevrier.** De la gastro-entérostomie. Note sur un point particulier de sa technique.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 9.)

Es handelt sich um die Gastroenterostomia posterior.

Nachdem das Netz und Kolon nach oben geschlagen, wird durch den Schlitz im Mesokolon der Magen soweit vorgezogen, daß möglichst beide Kurvaturen zu sehen sind. Nun wird das Jejunum zunächst der Plica duodenojejunalis aufgesucht und möglichst kurz, aber unter Vermeidung von Spannung, an den Magen angeheftet, und zwar vertikal von einer Kurvatur bis zur anderen. Nachdem das geschehen, wird die Gastroenterostomie, wie üblich, in der Nähe der großen Kurvatur angelegt. Zum Schluß folgt noch eine fortlaufende Naht von Kurvatur zu Kurvatur.

Es ist nicht unbedingt nötig, daß der Darm in gerader Linie angenäht wird; denn das Wesen des Verfahrens liegt darin, daß ein größeres Stück des zuführenden Darmes so an die Magenwand geheftet wird, daß Knickung, Spornbildung usw. nicht möglich sind.

Eine Stauung im Duodenum halten Verff. auf Grund der anatomischen Verhältnisse (die Plica duodenojejunalis liegt höher oder ebenso hoch wie die kleine Kurvatur) für ausgeschlossen, sie ist ihnen bisher noch kein Mal begegnet. **V. E. Mertens** (Breslau).

---

19) **S. Ganet.** Hämorrhoids.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Januar 7.)

G. empfiehlt ambulante operative Behandlung der **Hämorrhoiden** auf Grund reicher eigener Erfahrung (er ist Professor der **Mastdarm-**

krankheiten). Er verwirft die zirkuläre Exzision des unteren Schleimhautabschnittes, beschränkt vielmehr die Operation auf die Exzision der Knoten, zwischen denen gesunde Hautteile bestehen bleiben sollen. Er verwendet Lokalanästhesie: Kokain und Eukain werden wegen Vergiftungsgefahr, Blutungen und Nachschmerz verworfen, Einspritzungen von sterilem Wasser — bis die Gewebe ein glasiges Aussehen annehmen — warm empfohlen. Bei 250 Kranken gab seine Methode vorzügliche Resultate.

Lengemann (Bremen).

---

20) B. Biefinger. Über plastische Operationen bei Schlußunfähigkeit des Musculus sphincter ani. Nebst Mitteilung eines nach neuer Methode geheilten Falles.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

Die neue Methode, die bei einer 48jährigen, wegen Mastdarmvorfall schon öfters operierten und an Inkontinenz leidenden Dame angewendet wurde, bestand darin, daß Helferich von einem halbmondförmigen Schnitt an der hinteren Seite des Afters aus den Sphincter ani freilegte und in der hinteren Medianlinie durchtrennte. Dann wurde das eine von diesen so entstandenen Muskelstücken an der Schleimhautseite, das andere an der Hautseite etwas freipräpariert, so daß sie übereinandergeschlagen werden konnten. In dieser Lage wurden sie durch Nähte befestigt. Das umgebende Gewebe und die Haut wurden in der Medianlinie durch Nähte geschlossen. Durch diese Operation wurde der Umfang des Sphinkter um etwa ein Viertel verkleinert, die Muskelsubstanz geschont, und schließlich wurde eine stärkere Unterstützung für den untersten horizontalen Mastdarmteil geschaffen, also den Teil der Darmwand, auf dem auch in gewöhnlichen Verhältnissen beim Stehen die Kotsäule ruht. In einem zweiten Falle von Inkontinenz infolge Mastdarmfisteloperation, einen 42jährigen Arbeiter betreffend, bei dem bei der gleichen Operation zu einer Plastik ausreichende Reste des Sphinkter nicht mehr gefunden wurden, wurde lediglich durch Vernähung in der Längsrichtung eine Besserung in dem Zustand erreicht, insofern jetzt der Kranke mit einer von der Steißbeinspitze her die Afteröffnung verschließenden Gummipelotte festen Stuhl halten konnte.

Schon durch die Möglichkeit, von hinten her eine festere Unterstützung zu schaffen auch ohne Beteiligung der Muskulatur, übertrifft diese neue Helferich'sche Methode die von Kehrer, die ja auch durch Verdoppelung der Muskulatur in der hinteren Medianlinie eine bessere Funktion erstrebte.

In Fall I wurde vor und nach der Operation noch Massage nach Thure-Brandt angewendet. Der Erfolg war ein vollkommener.

E. Moser (Zittau).

---

21) **Kuhn.** Die Desinfektion der Gallenwege.

(Zeitschrift für klin. Medizin Bd. LIII.)

Von dem Gesichtspunkt ausgehend, daß die Desinfektion der Gallenwege gelegentlich ein sehr anzustrebendes Problem bei Gallenleiden sei, hat K. experimentell die beiden Fragen zu klären gesucht: 1) Welche Stoffe und Arzneimittel gehen in die Galle über, 2) in welchem Verhältnis stehen die Arzneikörper zu einander bezüglich des Wertes ihrer Desinfektionskraft hinsichtlich der Zersetzung der Galle. Die erste Frage, welche zum guten Teil durch Arbeiten anderer Autoren bereits beantwortet war, wird durch eigene Untersuchungen des Autors ergänzend dahin beantwortet, daß auch Saccharin, Ichthyol, sowie die Körper der Formaldehydgruppe in die Galle übergehen. Auf Grund der zur Beantwortung der zweiten Frage angestellten Versuche wird eine »Skala der Desinfektionsmittel der Gallenwege« aufgestellt. Von allen in die Galle übergehenden Desinfizientien kommen aber für die Praxis nur die Salizylsäure und ihre Salze in Betracht, weil nur sie in beträchtlicher Menge in die Galle übergehen und schon in einem Konzentrationsgrade von 0,1% die Fäulnisvorgänge in der Galle sehr erheblich beeinflussen und bei 0,8% sie vollständig vernichten.

Dettmer (Bromberg).

---

22) **Hallet.** Les perforations spontanées de la vésicule biliaire calculeuse dans la cavité péritonéale libre.

(Revue de gynécologie 1904. p. 830.)

H. hat in zwei Fällen von Perforation der Steine enthaltenden Gallenblase in die freie Bauchhöhle operiert und insgesamt 15 operierte Fälle aus der Literatur mit 11 Heilungen zusammengestellt. Die häufigste Stelle der Perforation ist die untere Fläche der Gallenblase; es ist immer nur eine Perforation vorhanden. Der Zustand der Blase ist sehr verschieden, ihre Wandung kann verdünnt oder verdickt, mürbe, atrophisch oder sklerosiert sein. Die Folge der Perforation ist eine Peritonitis, welche sich zunächst nahe der Gallenblase lokalisieren kann, gewöhnlich aber sehr schnell allgemein wird. Die Vorbedingung für die Perforation ist eine umschriebene Schwächung der Wand durch einen brandigen oder geschwürigen Prozeß infolge Reizung oder Druck von Gallensteinen; diese Veränderungen genügen, um einen Durchbruch hervorzurufen; häufig kommt vermehrter intravesikaler Druck, z. B. durch Steinverschluß, oder Druck von außen auf die Blase, z. B. durch die Bauchpresse hinzu. Die Diagnose wird sehr schwierig, wenn keinerlei Symptome von seiten der Gallenblase vorausgingen, oder die Perforation plötzlich bei vollem Wohlbefinden eintritt; auch kann es vorkommen, daß der Durchbruch nicht — wie gewöhnlich — durch einen heftigen Schmerz im rechten Hypochondrium sich anzeigt, sondern unbemerkt sich vollzieht, und die ersten Symptome die der Peritonitis sind. Verwechslungen mit Darmperforation, Appendicitis, Ileus sind häufig. Die Prognose ist sehr verschieden, je



nach der Zahl und der Virulenz der in der Galle enthaltenen Keime; dementsprechend ist auch die Reaktion des Peritoneums sehr verschieden. Therapeutisch kommt nur die sofortige Laparotomie in Betracht; gewöhnlich wurde die einfache Cystostomie zur Drainage der infizierten Blase gemacht, bei sehr ausgedehnten Rissen oder zu großem Substanzverlust die Cystektomie. **Mohr** (Bielefeld).

---

23) **Enderlen** und **Zumstein.** Ein Beitrag zur Hepato-Cholangio-Enterostomie und zur Anatomie der Gallengänge.
(Mitteilungen aus d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Betreffs seiner Hepato-Cholangio-Enterostomie ist Kehr für zwei Dinge den Beweis schuldig geblieben: erstens für den vollkommenen Verschluß des Choledochus, zweitens für die dauernde Funktion der Anastomose. E. und Z. unterwarfen nun die Aussichten und Möglichkeit dieser Operationen einer experimentellen Prüfung und legten bei Katzen und Hunden die genannte Anastomose an. Verff. kamen zu dem Resultat, daß höchstens kleine Gallengänge mit der Darmlichtung in Verbindung treten können, welche nicht imstande sind, genug Galle aus der Leber abzuführen, um das Bestehenbleiben eines schweren Ikterus zu verhindern. Die Verbindung zwischen Darm und Leber wird schließlich durch eine Narbe dargestellt. Da es sich nun bei analogen Operationen an kranken Menschen stets um ein abnorm dilatiertes Gallengangssystem in der Leber handeln wird, so wäre es zur Analogie notwendig, an Tieren zu operieren, denen vorher künstlich eine gleiche Dilatation der Gallengänge in der Leber erzeugt worden ist; allein dies ist bisher noch nicht ausgeführt worden.

Menschliche Lebern wurden ferner von den Verff. vom Ductus hepaticus aus injiziert; dabei fand sich, daß größere Gallengänge erst in ziemlich beträchtlicher Entfernung vom Leberrande auftreten.

Haeckel (Stettin).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der chirurgischen Abteilung des Diakonissen-Krankenhauses Bethesda in Breslau.)

Ein Fall von Milzexstirpation wegen Aneurysma der Arteria lienalis.

Von

Dr. V. **Winckler**, Primärarzt.

Die Exstirpation der Milz ist eine nicht allzu häufig ausgeführte chirurgische Maßnahme. Zwar ist die erste derartige Operation von Viard schon 1581 vorgenommen worden, dennoch finden sich aus jener Zeit in der Literatur nur vereinzelte Angaben über Milzexstirpationen, bis im vorigen Jahrhundert, namentlich nach Einführung des antiseptischen resp. aseptischen Operationsverfahrens, die Fälle sich häufen. Die von Vulpius im Jahre 1894 veröffentlichte Statistik berichtet von 117 Exstirpationen der Milz, in welcher sich 49,6% Sterbefälle, mit

50,4% Heilungen befinden. Jordan gibt in seinem jüngst gehaltenen Vortrage 400 an Menschen ausgeführte Milzexstirpationen an und bespricht genauer die Indikationen der Splenektomie, welche »infolge der Erkenntnis, daß die Milz ein leicht ersetzliches und durchaus entbehrliches Organ ist, im Verein mit der verbesserten Technik der Operation, in den letzten 10 Jahren erweitert werden konnten«.

Die durch Leukämie, Stauung und Amyloid veränderte Milz gibt nach allgemeiner Ansicht die schlechteste Prognose, der leukämische Milztumor, dessen Entfernung in allen Fällen tödlich endigte, ist eine absolute Kontraindikation für die Operation.

Die Splenektomie der Malariamilz dagegen hat in letzter Zeit bessere Resultate gezeitigt, so daß dieselbe eine berechtigte Operation geworden ist. Cysten, Echinokokken, Geschwülste, Rupturen der Milz gewährleisten bei weitem die beste Aussicht auf Heilung durch Entfernung des Organs. Diesen Indikationen möchte ich eine neue anreihen, welche sich in der Literatur noch nicht verzeichnet findet; es ist dies das Aneurysma der Art. lienalis.

Selten operierte in dem Anfange der 60er Jahre mit Glück ein solches. Ponfick hat vier Fälle von Aneurysma bei Sektionen gefunden, so daß man wohl aus der geringen Anzahl von Veröffentlichungen ähnlicher Fälle auf die Seltenheit des Leidens an sich schließen kann. Ich selbst habe im Jahre 1903 Gelegenheit gehabt, eine Milz, welche infolge von Aneurysma der Art. lienalis stark vergrößert war, und der Trägerin große Beschwerden machte, zu entfernen.

Nur kurz will ich die Krankengeschichte berühren:

Es handelte sich um die 25jährige Diakonisse Schwester Emilie L. Dieselbe hat angeblich nie schwerere Erkrankungen durchgemacht, litt jedoch immer an hochgradiger Blutarmut. Der Beginn ihrer Beschwerden datiert seit dem Sommer 1897, zu welcher Zeit sich zuweilen heftige Schmerzen im Leib einstellten, welche mitunter von Ohnmachtsanfällen begleitet waren. Ich selbst konnte bereits zu jener Zeit einen großen Tumor im Leibe konstatieren, welchen ich für die Milz ansprach, die vermöge ihrer Vergrößerung disloziert war.

Pat. war nun bis zum Sommer 1903 in ihrem Berufe tätig, obwohl häufig Schmerzanfälle auftraten, die zuweilen mit längeren, sogar 2—3 Tage langen Bewußtseinsstörungen einhergingen.

Als sich Pat. einige Zeit vor ihrer Operation einmal zur Beobachtung im Krankenhause Bethesda aufhielt, trat ein solcher Anfall auf, welcher 26 Stunden anhielt. Pat. war während desselben durch Anrufen nicht zu erwecken, warf sich viel im Bette herum; Puls und Temperatur zeigten keine Veränderungen, Pupillen reagierten auf Lichteinfall.

Da Pat. ihre, zuweilen äußerst heftigen Beschwerden unter allen Umständen los sein wollte, drängte sie selbst sehr zur Operation, zu welcher ich mich nur schwer entschloß; handelte es sich doch um eine schwächliche, herabgekommene Person, deren Hämoglobingehalt des Blutes kaum 60% betrug. Trotzdem nahm ich am 20. Juni 1903 die Operation vor, welche zunächst nur eine Probelaparotomie sein sollte.

Nachdem auf der Höhe der im Leibe deutlich fühlbaren Geschwulst, am Rande des linken M. rectus, das Abdomen in einer Ausdehnung von ca. 10 cm eröffnet war, stellte sich der Tumor in die Bauchwunde sofort ein, welcher als vergrößerte Milz unschwer erkannt wurde. Dieselbe war nirgends verwachsen, konnte allseitig umfaßt werden. Der Hilus derselben jedoch zeigte bald Veränderungen, welche bei genauerer Betrachtung die enorm erweiterten, knollig verdickten, fast taubeneigroßen Arterien erkennen ließen. Wir entschlossen uns unter diesen Umständen, die Milz zu exstirpieren, nachdem sorgfältig mit Seidenligaturen die Gefäße abgebunden waren. Sehr leicht ließ sich das Organ aus der Bauchhöhle alsdann herausheben, da die Aufhängebänder infolge der Dislokation stark ausgezogen erschienen.

Die Bauchhöhle wurde nicht vollständig geschlossen, sondern ein Mikulicz-scher Tampon eingelegt.

4 Stunden nach beendeter Operation trat eine sehr heftige Blutung ein, welche aber durch einen starken Druckverband zum Stillstande gebracht werden konnte. Der weitere Verlauf war ein vollkommen zufriedenstellender. Erst nach 12 Tagen wurde der Tampon gelockert, nach 2 weiteren Tagen entfernt, ohne daß es zu einer Blutung gekommen war.

Am 29. Juli war Pat. genesen. Die Bauchnarbe war fest vereinigt. Pat. befindet sich zurzeit vollkommen wohl, hat nach der Operation 17 Pfund an Körpergewicht zugenommen. Der Hämoglobingehalt betrug im März 1904 75%.

Sie ist vollkommen beschwerdefrei.

Auch die Anfälle mit Bewußtseinsstörungen sind nicht wieder aufgetreten, so daß sie ihrem Berufe vollkommen wieder gewachsen ist.

Das entfernte, 450 g schwere, entblutete Organ wurde dem kgl. pathologischen Institut überwiesen. Herr Geh.-Rat Ponfick schrieb mir darüber folgendes:

»Die von Ihnen exstirpierte Milz hat auch mich in hohem Maß interessiert. Nachdem ich, das Verhalten der im Hilus befindlichen Gefäße prüfend, eine überwiegende Veränderung an der Art. lienalis gefunden habe, möchte ich glauben, daß diese nicht ohne Einfluß auf Volumen wie Beschaffenheit des davon versorgten Organes habe bleiben können.

Abgesehen von einer allgemeinen Schlängelung und diffusen Erweiterung des Hauptstammes, soweit er überhaupt entfernt worden ist, zeigt sich nämlich ein recht umfängliches, während der Operation natürlich ganz kollabiertes Aneurysma.

Eigentlich wäre man berechtigt, von dreien zu sprechen, die sich von gemeinsamer Basis nach verschiedener Richtung erheben. Jeder dieser drei, durch verhältnismäßig enge Öffnungen miteinander kommunizierenden Säcke hat annähernd kugelige Gestalt.

Was nun das Verhalten der Milz selber anbetrifft, so handelt es sich um einen Zustand chronischer Blutüberfüllung, verbunden mit mäßiger Hyperplasie der Pulpa, aber sehr starker Induration des Trabekelsystems.

Diese Veränderungen, welche sonst als Folgeerscheinungen eines chronischen Leberleidens aufzutreten pflegen (Hepatitis interstitialis), sind wohl am natürlichsten auf die oben beschriebene schwere Arterienerkrankung zurückzuführen. Bis zu solchem Grad entwickelt, wie im vorliegenden Falle, muß diese allerdings als ein seltenes Ereignis bezeichnet werden.«

Was die Entstehung des Leidens, insonderheit die Entstehung des Aneurysmas der Milzarterie anlangt, so läßt sich darüber wenig sagen. Ein ätiologisches Moment läßt sich wohl kaum finden. Vielleicht hat irgendeine Kompression der Arterie zur Entstehung des Aneurysmas geführt, vielleicht auch hat eine Abknickung der Arterie bestanden; dann aber müßte angenommen werden, daß eine Dislokation der Milz vor Ausbildung des Aneurysmas bereits vorhanden gewesen ist. Im anderen Falle müßte die Hypertrophie der Milz sekundärer Natur als Folge der veränderten Blutzirkulation angesehen werden. Adhäsive Verwachsungen des Organes bestanden nicht, es war dabei, wie oben bereits angegeben, sehr leicht, das Organ aus der Bauchhöhle herauszuheben, und es gelang verhältnismäßig ebenso leicht, die Gefäße zu unterbinden. Sehr häufig hat gerade dieser Teil der Operation technische Schwierigkeiten gezeitigt, besonders dann, wenn das Lig. gastrolienale sehr kurz war. Küster sah sich daher genötigt, statt der Unterbindung, mit großen Arterienzangen abzuklemmen. Billroth nahm in die zentrale Ligatur ein Stück der Cauda pancreatis mit hinein; Martin schlägt vor, ein knopfförmiges Stück der Milz zurückzulassen, damit ein Abgleiten des Unterbindungsfadens verhindert wird. Als Material habe ich in meinem Falle Seide benutzt.

Was die in der Anamnese erwähnten Anfälle von Bewußtseinsstörungen anbetrifft, so bin ich geneigt, dieselben als rein hysterische aufzufassen, welche ihre Auslösung durch den zeitweise auftretenden bedeutenden Schmerz erfuhren. Wie bereits erwähnt, sind solche Anfälle nach Entfernung des Organes nicht mehr aufgetreten.

Daß die Entfernung der Milz für den Organismus keine Schädigung bedeutet, ist zur Genüge durch die zahlreichen mit Glück ausgeführten Splenektomien dar-

getan. Dahingegen konnten auch in unserem Falle gewisse Erscheinungen beobachtet werden, welche eine Folge der Milzentfernung bildeten. Kurze Zeit nach der Operation wurde eine mäßige Strumabildung beobachtet, welche vor der Operation nicht bestanden hat. Ebenso fanden sich erbsengroße Lymphdrüsen am Halse. Die Blutuntersuchungen dagegen waren negativ. Weder konnte ich eine Vermehrung der weißen noch eine Verminderung der roten Blutkörperchen feststellen.

Diese eben genannten Veränderungen stimmen auch zum Teil mit den Beobachtungen anderer Autoren überein. Credé beobachtete bei einem splenektomierten Pat. 4 Wochen nach der Operation sogar an Myxödem erinnernde Erscheinungen, welche sich in einer eigentümlich lederartigen Beschaffenheit der Haut äußerten. Auch Ceci hat nach der Milzexstirpation Schwellung der Schilddrüse, welche allmählich wieder verschwand, beobachtet. Dagegen behaupten andere Autoren, Veränderungen an der Schilddrüse nach der Splenektomie nicht gesehen zu haben.

Auch in einem anderen Falle von Milzexstirpation bei Ruptur, welchen ich während meiner Assistentenzeit auf der Abteilung des Allerheiligen-Hospitales zu Breslau zu beobachten Gelegenheit hatte, konnte ich deutlich eine Vergrößerung der Schilddrüse und Schwellung verschiedener Lymphdrüsengruppen wahrnehmen. Eine einwandsfreie Deutung dieser Erscheinungen ist bisher noch nicht gelungen.

Wenn ich aus der Beobachtung des soeben mitgeteilten Falles einen Schluß ziehen darf, möchte ich sagen, daß die operative Entfernung einer vergrößerten, Beschwerden verursachenden Milz eine berechtigte und unter Beachtung strengster aseptischer Kautelen ungefährliche, den Organismus nicht schädigende Maßnahme darstellt. Bei vorher unbekannter Ätiologie von Milzvergrößerung kann die Operation unter Umständen Klarheit in das Krankheitsbild bringen.

Eine neue Beckenstütze.

Von

Dr. Arthur Hofmann,

Assistenzarzt der chirurg. Universitätsklinik zu Freiburg.

Die Möglichkeit des Abgleitens von der v. Volkmann'schen Beckenstütze, sowie das für das Wartepersonal nicht einfache Einstellen der Sitzknorren auf die Unterstützungsfläche des Bänkchens haben Apparate entstehen lassen, wie sie von Stille und Borchardt angegeben worden sind.

Der prinzipielle Unterschied dieser Stützen beruht darin, daß das Kreuzbein zur Unterstützungsfläche benutzt wird. Ein Abgleiten in der Längsrichtung des Körpers ist dabei nicht gut möglich, und das Auffinden des Kreuzbeines leichter als das der Sitzhöcker.

Als ein Haupterfordernis einer guten Beckenstütze führt Borchardt an, daß dieselbe mit dem Verband in keinerlei Kollision geraten dürfe; aber gerade diese Bedingung erfüllt weder seine eigene Beckenstütze, noch die von Stille. Beide werden bekanntlich in den Verband mit einbezogen.

Die Vorzüge einer horizontalen Stütze ohne den eben erwähnten Nachteil soll die vorliegende Beckenstütze bieten.

Sie besteht, wie die Figur zeigt, aus einem Stativ, einem horizontalen Lager und einem schräg ansteigenden Dammarme.

Die Stütze gibt also gleichfalls für das Kreuzbein eine Unterstützungsfläche ab, aber keine größere als notwendig ist, d. h. sie entspricht genau der durchschnittlichen Fläche, welche die beiden letzten Kreuzbeinwirbel bilden. Die weiter höher gelegenen Wirbel kommen als Unterstützungsfläche deshalb nicht in Betracht, weil sie bei horizontaler Lage des Körpers sich von dieser Ebene in einem nach unten konvexen Bogen entfernen.

Die Beckenstütze ist nach Gipsabdrücken der Kreuzbein-Dammgegend angefertigt und ist der Variationsbreite des Individuums wie derjenigen beider Geschlechter angepaßt.

Um nun die richtige Einstellung des horizontalen Lagers zu ermöglichen, läuft letzteres in den Dammarm aus, welcher der Strecke von der Steißbeinspitze bis zur Mitte des Perineum entspricht, und der fest gegen letzteres anliegen muß.



Der Dammarm verhindert des weiteren ein Abgleiten des Beckens nach vorn und gibt durch seinen Stand gegenüber der Mittellinie des Körpers einen Indikator für die richtige Lagerung des Beckens ab.

Das Stativ der Stütze besteht aus vernickeltem Eisen, der übrige Teil aus vernickeltem Stahl.

Der Apparat ist leicht zu reinigen und sowohl im Krankenbette wie auf dem Operationstische zu gebrauchen. Ohne gepolstert zu sein, vermag die Stütze für die Dauer des Verbandwechsels ein bequemes Lager zu bieten. Selbst bei Kranken mit wundgelegener Kreuzbeingegend ist sie, überpolstert, gut zu ertragen. Desgleichen muß bei Beckengipsverbänden überpolstert werden. Zu diesem Zwecke wird das Stativ mittels Schrauben an dem Tische befestigt.

Die Beckenstütze wird von der Firma F. L. Fischer in Freiburg i. B. hergestellt.

---

24) **Majewski.** Beitrag zur Heilung mancher septischer Zustände.

(Przegląd lekarski 1905. Nr. 1—4.)

Etwas verspätet wurde dieser auf dem Kongreß polnischer Chirurgen in Krakau im Juli 1902 gehaltene Vortrag veröffentlicht. Verf. studierte auf Anregung von Prof. Kader zuerst den Einfluß von Antistreptokokkenserum bei künstlich infizierten Kaninchen, indem er ihnen präventiv oder nach stattgefundener Infektion Serum injizierte. Nachdem er sich von dem günstigen Einfluß der Injektionen überzeugt hatte, wurde das Antistreptokokkenserum aus den Anstalten Bojwid's in Krakau, Paltauf's in Wien und Marmorek's in Paris in 16 septischen Erkrankungen angewendet (5 Fälle von Otitis media mit Folgezuständen, 4 Fälle von allgemeiner Sepsis, darunter 3 nach Trauma, 1 nach einer Operation, 4 Fälle von eingeklemmten Brüchen, 3 Fälle von Sepsis nach Laparotomien). In 3 Fällen = 18,45% war das Resultat negativ. In 6 Fällen = 37,50% wurde ein wohltuender Einfluß in Form von Besserung der Temperatur, des Pulses und des Allgemeinbefindens konstatiert. In 7 Fällen = 43,75% wurde nicht nur eine Besserung der Krankheitssymptome, sondern auch des Grundleidens beobachtet.

Mit Ausnahme der drei Fälle war nach der Einspritzung ständig ein Herabsetzen des Fiebers um 0,30—1,50° C nach 2 Stunden. Gleichzeitig besserte sich der Puls und das Sensorium. Als Komplikationen wurden oft lokale Schmerzen, Anschwellung der Gelenke und der Knochen, urticariaartiger Ausschlag beobachtet. Eingespritzt wurden sofort 50—100 ccm und im Verlaufe der Krankheit 200 bis 500 ccm.

Verf.s Resultate sind daher aufmunternd, obwohl die Kosten bedeutend sind.

Bogdanik (Krakau).

25) **Hartman and Weirick.** Report of skin grafting, using amputated extremities as a supply of skin.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. Dezember 24.)

H. und W. transplantierten mit Erfolg in mehreren Fällen quadratzollgroße Krause'sche Lappen von amputierten Gliedmaßen anderer Pat.; einmal heilten von 23 solchen Lappen 21 an. **Lengemann** (Bremen).

26) **M. Crlenjak.** Narbige Stenose der Speiseröhre. Tod durch Verstopfung mit einem Kirschkerne.

(Liečnički viestnik 1904. Nr. 8. [Kroatisch.])

Ein 5jähriges Kind hatte eine Speiseröhrenstenose infolge Laugenverätzung, die durch Sondierung behandelt, wobei als größte Dicke der Sonde 6 mm erreicht wurde. Eines Tages konnte das Kind nicht einen Tropfen Flüssigkeit schlucken, die Bougie konnte den Ösophagus nicht passieren. Tod nach 10 Tagen. Bei der Sektion wurde 5 cm oberhalb der Cardia eine Stenose von 6 mm Durchmesser gefunden, in der ein Kirschkern saß. **v. Čačković** (Zagreb-Agram).

27) **J. A. Kartscher.** Erfahrungen über desmoide Geschwülste der Bauchdecken aus den Jahren 1880—1903.

Inaug.-Diss., Breslau, 1904.

Es sind 18 Fälle, 14 beim weiblichen, 4 beim männlichen Geschlechte. Dieses Überwiegen des weiblichen Geschlechtes entspricht den Beobachtungen anderer Autoren, ebenso der Umstand, daß von 4 Fällen reiner Sarkome 3 Männer betrafen, hierbei also das männliche Geschlecht überwog. Die rechte Bauchseite war wieder mehr betroffen (6 : 9); 1mal waren es 2 Geschwülste (Fibrome). Von den 17 Operationen endeten 2 Fälle von Sarkom tödlich, die anderen 15 kamen zur Heilung ohne Rezidive. Dem Trauma räumt Verf. einen Einfluß auf das Entstehen der Geschwülste ein. Einfluß der Schwangerschaft besteht sicher; im Klimakterium hört die Wachstumsneigung dieser Geschwülste nicht auf. Die Schwangerschaft ist keine Kontraindikation zur Operation; im Gegenteil soll dann sofort operiert werden, weil alle diese Geschwülste in der Schwangerschaft wachsen. Es wurden daher in der v. Mikulicz'schen Klinik 2 Fälle so operiert ohne irgendwelche Störung der Heilung oder der Schwangerschaft.

Die Hauptschwierigkeit bei der Operation ist die genaue Naht der Wunde zur Verhütung einer Hernie. In den besprochenen 17 Fällen hatten sich nach der Operation 2mal Hernien ausgebildet, eine 2. und eine 3. Grades nach der Pichler'schen Einteilung. In 2 Fällen ergab die Untersuchung »beginnende« Hernie. — Die Beherrschung der Blutung hat niemals Schwierigkeiten gemacht. Muß die Geschwulst im Gesunden umschnitten werden, so kann sich eine Plastik notwendig machen, in den besprochenen Fällen 1mal. 10mal ist das Peritoneum bei der Operation inzidiert bezw. reseziert worden. Das Bauchfell wurde meist mit der Fascia transversa durch fortlaufende Catgutnaht geschlossen, darüber Knopfnähte durch sämtliche Schichten bis zum Unterhautfettgewebe (Seide oder Silkwormgut); bei starkem Panniculus darüber noch versenkte Catgutnähte, zuletzt fortlaufende Hautnaht. Drainage wurde nur angewendet, wenn die Geschwulst ulzeriert war.

Mit Berücksichtigung der Literatur der letzten Jahre berechnet Verf. 4,2% Operationssterblichkeit und 94,4% durch die Operation erzielte Heilungen. Die erstere Zahl entspricht also genau der von Pfeiffer (d. Bl. Nr. 5 p. 114) ausgerechneten, dessen Arbeit naturgemäß noch nicht berücksichtigt worden war. **E. Moser** (Zittau).

28) **A. N. Menschikow.** Zur Kasuistik traumatischer Schädigungen des Darmes.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Der 60jährige Geisteskranke, der häufig über Schmerzen im Leibe geklagt hatte, stieß sich in einem Anfalle solcher Schmerzen ein stumpfes Messer in den

Leib. Dann faßte er in die Wunde und riß sie weiter auf, worauf er die vorfallenden Darmschlingen abriß. Ca. 7 Stunden später wurde der Kranke samt einem Gefäß, in dem neun Stücke Dünndarm — zusammen $2^1/_2$ m lang — lagen, ins Hospital gebracht.

Es zeigte sich, daß die einzelnen Stücke, deren Länge zwischen 5—95 cm schwankte, dicht am Mesenterium abgerissen waren und außerdem noch vielfache Risse aufwiesen.

Die Sektion am übernächsten Tage förderte Gallensteine zutage, von denen einer im Choledochus saß. (Dies offenbar die Ursache der Schmerzanfälle.) Sonst kein anatomischer Befund, insbesondere keine Peritonitis.

V. E. Mertens (Breslau).

29) **Elmer.** Passage of a tooth-plate through the alimentary tract.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. November 19.)

Ein künstliches Gebiß — Oberkieferplatte mit drei Vorderzähnen, 2 Zoll lang, fast ebenso breit —, bei einem Sturze verschluckt, blieb $3^1/_2$ Jahre am unteren Ende des Ösophagus stecken; es machte Schmerzen beim Schlucken von fester Nahrung, von Zeit zu Zeit schwerere Schmerzanfälle; der Kranke wollte sich aber nicht operieren lassen. Nach $3^1/_2$ Jahren Befreiung von den Schmerzen an dieser Stelle, aber dreimal im Verlaufe der nächsten Monate heftige Schmerzen im Leibe. Dann, nach 4 Jahren im ganzen, Abgang der unveränderten Platte auf natürlichem Wege.

Lengemann (Bremen).

30) **Morris.** Peritoneal adhesions, prevention of recurrence.

(Buffalo med. journ. 1905. Januar.)

Bei einer jungen Frau traten einige Jahre nach der Operation einer eitrigen Appendicitis andauernde Schmerzen im Leibe mit anfallsweiser Verschlimmerung und peritonealer Reizung auf, welche auf Verwachsungen im Bauchfellraume zu beziehen waren.

Nach Lösung zahlreicher Verwachsungen des Netzes, Uterus und der Darmschlingen wurden, um Wiederverwachsungen zu verhindern, die von Bauchfell entblößten Flächen mit Streifen sog. »Cargile membrane«, d. h. sterilisierten Peritoneums vom Ochsen, bedeckt. Dieses Material wird wie Catgut resorbiert, und in der Zwischenzeit haben sich unter der Membran die entblößten Flächen mit neuem Endothel bedeckt.

Schluß der Bauchwunde ohne Drainage, Heilung p. p.; das spätere Resultat wird nicht angegeben.

Mohr (Bielefeld).

31) **Lejars** et **Ménétrier.** Diverticules de l'appendice et appendicite diverticulaire.

(Revue de chir. Ann. XXIV. Nr. 10.)

Unter ihren resezierten Wurmfortsätzen haben Verff. wiederholt solche mit Divertikelbildung gefunden, von denen einige genauer und mit den Abbildungen mikroskopischer Präparate beschrieben werden. Der eine ist von zahlreichen halbkugeligen Höckerchen bedeckt, die mit kleinen, epithelbedeckten Lichtungen versehen sind; diese kommunizieren mit der Wurmfortsatzhöhlung vermittels kleinster Kanälchen. Die Untersuchung zeigte, daß die Höckerchen keine Muscularis besaßen und nur von Submucosa und Peritoneum überkleidet waren. Zwei andere Wurmfortsätze boten mikroskopisch gleiche Verhältnisse, nur waren die divertikelähnlichen Recessus in geringer Anzahl, ein bis drei, vorhanden.

Wenn beim ersten der Gedanke an kongenitalen Ursprung der Divertikel aufkommen konnte, so zeigte sich bei den anderen um so sicherer die von Letulle und Weinberg bereits 1897 vertretene Ansicht bestätigt, daß hier wandständige Abszeßchen zur Bildung von Recessus und Schwund der Muskulatur geführt haben. Hierin beruht auch die praktische Bedeutung der Divertikelchen: die enge Kommunikation mit der Lichtung des Wurmfortsatzes versetzt sie in den Zustand des

Vase clos; die Entzündung aber wird um so leichter zur Perforation führen, als bereits die Muskulatur verschwunden und so eine relativ widerstandsunfähige Wandung zurückgeblieben ist. **Christel** (Metz).

32) **Tyson.** Wire nail in the appendix.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1904. Dezember.)

T. erhob folgenden eigenartigen Sektionsbefund am Wurmfortsatz eines 53jährigen Negers, welcher niemals irgendwelche Symptome von Appendicitis dargeboten hatte und an einer Herzerkrankung gestorben war. Wurmfortsatz in feste Verwachsungen eingebettet, verdickt und verhärtet, im Innern, welches keinen Eiter enthielt, ein rostiger Drahtnagel von $3^1/_2$ cm Länge. **Mohr** (Bielefeld).

33) **Taylor.** Case of diaphragmatic hernia.

(Glasgow med. journ. 1904. Dezember.)

Mitteilung eines Falles von angeborenem Zwerchfellbruche bei einem Neugeborenen. Die linke Zwerchfellhälfte fehlte völlig, auch bei histologischer Untersuchung. Im Bruchsacke lag der Magen, der linke Leberlappen, $^2/_3$ des Dünndarmes, Blinddarm und ein Teil des Colon ascendens.

Interessant ist der Fall auch deshalb, weil die Mutter dieses Kindes vorher ein ebenfalls gleich nach der Geburt gestorbenes Kind geboren hatte, bei welchem die Pulsation des Herzens ebenfalls in der rechten Brustseite gefühlt wurde. Leider war dies Kind nicht seziert worden. **W. v. Brunn** (Marburg).

34) **Axhausen.** Beitrag zur Ätiologie der gutartigen Pylorusstenose: Pylorusstenose bedingt durch Leberechinokokkus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 77.)

Die der Kieler Klinik gehörige Beobachtung betrifft einen 26jährigen Knecht, an den typischen Erscheinungen einer Pylorusstenose leidend, deren Ursache erst bei der Laparotomie gefunden wurde. Eine im linken Leberlappen wurzelnde Cyste von Kleinkindskopfgröße hatte den Pylorus durch Druck abgeklemmt. Beim Angriff auf sie reißt sie ein und erweist sich als Echinokokkus. Extraktion der Blase, Herauspräparieren des Balges, wobei Gallengang und Pfortader entblößt werden. Ein kleiner Balgrest wird vorsichtshalber zurückgelassen und mit Jodoformlösung betupft. Gazedrain, sehr schöne Heilung bei geringem Gallenfluß und alsbaldiger rascher Gewichtszunahme. Einen gleichen Fall hat A. in der Literatur nicht finden können. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

35) **H. Grisson.** Hyperemesis lactentium (Meinhard Schmidt) oder kongenitale Pylorusstenose, durch Operation geheilt.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 107.)

Der G.'sche Fall bringt einen hübschen Beleg für die Wirksamkeit der vom Ref. nach dem Vorgange von Nicoll empfohlenen Pylorusdehnung bei der eigentümlichen, augenblicklich wohl allgemein bekannt gewordenen sog. hypertrophischen Pylorusstenose der Säuglinge. Die Details der ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichte mögen im Originale verglichen werden; hier genüge zu bemerken, daß G. bei der Operation den Magen stark ausgedehnt und dickwandig fand, den Pylorus eine eiförmige Geschwulst von der Größe eines Fingergliedes eines Erwachsenen darstellend. Nachdem der Magen gefenstert, war durch die Pyloruslichtung nur eine feine Knopfsonde knapp durchführbar; doch wurde dieselbe mittels Aufsperren einer Spencer Wells'schen Klemme soweit gedehnt, daß ein Finger durchging. Die allerdings nicht ganz glatt verlaufende Rekonvaleszenz führte zu völliger Genesung des vor $2^1/_2$ Jahren operierten Kindes, das sich ganz normal entwickelt hat. In einem während der Korrektur der Arbeit hinzugeschriebenen Nachtrage teilt G. mit, daß er eine 3 Wochen alte Schwester des operierten Kindes, welche auch an Hyperemesis erkrankt war, durch interne Behandlung mit Opium nebst Magnes. nit. der »Heilung nahe gebracht hat«. In einem älteren Fall aus

dem Jahre 1893, der laparotomiert und ohne Erfolg mit Anlegung einer Jejunalfistel behandelt war, wurde der geschwulstartig verdickte Pylorus von Simmonds histologisch untersucht und muskuläre Hypertrophie an ihm festgestellt. Da das Pylorusaussehen in dem gegenwärtig berichteten Falle übrigens ganz das gleiche war, wie bei diesem anatomisch untersuchten, ist G. überzeugt, auch bei ihm eine echte Hypertrophie vor sich gehabt zu haben, und erwägt die Frage nach einem Pylorospasmus nicht.

(Ref. erachtet, daß in beiden jetzt von G. mitgeteilten Fällen das Mitspielen von Pylorospasmus gar nicht zu verkennen ist. In der Krankengeschichte des operierten Falles lehren die Notizen, daß die Intensität des Brechens zeitweise wechselte und sogar zwischendurch kleine Gewichtszunahmen erfolgten; der intern behandelte und genesene Fall scheint überall nur durch Annahme von Pylorospasmus interpretierbar. Nachdem ich die literarischen Beiträge der letzten Jahre zu dem mich dauernd interessierenden Gegenstande verfolgt, geht meine Ansicht dahin, daß bei diesen Fällen allerdings oft oder meistens Pylorusverdickungen vorliegen werden. Solche stark muskulöse Pylori werden an sich aber noch nicht als Mißbildungen anzusehen sein, scheinen jedoch zu Erkrankung an Pylorospasmus zu disponieren. Dies vorausgesetzt, würde die Hyperemesis der Säuglinge als ein Produkt von »Übermuskulosität« oder meinetwegen Hypertrophie und Spasmus des Pylorus zu deuten sein. Diese Ansicht, die ich schon 1901 andeutete, hat jetzt Schotten 1904 zu der seinigen gemacht, und auch Ibrahim akzeptiert die Kombination von Hypertrophie und Spasmus als recht häufig vorkommend und wahrscheinlich. Das Wesentliche aber bleibt für mich der Spasmus, und habe ich in den letzten Jahren zwei typische Fälle von Hyperemesis bei einfach intern abwartender Behandlung genesen sehen. Zum Schluß noch die Bemerkung, daß G. bei seiner Pylorusdehnung bis zur Durchführbarkeit eines Fingers mir zu weit gegangen zu sein scheint, und daß über den jetzigen Stand der Pylorusstenosenarbeit die fleißige Monographie von Ibrahim den besten Überblick gibt.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

36) **F. Franke.** Zur Behandlung der Pylorusstenose der Säuglinge.

(Zentralblatt für Kinderheilkunde 1904. Hft. 12.)

F. veröffentlicht einen bereits vor einigen Jahren operierten Fall von Pylorusstenose bei Säuglingen, in dem er — es handelte sich um ein elendes 6wöchiges Kind — mit günstigem Erfolge die Gastroenterostomia anterior antecolica ausführte. Er bricht für die chirurgische Behandlung dieser Erkrankung eine Lanze und wendet sich speziell gegen Heubner, der in seinem kürzlich erschienenen Lehrbuche jeden operativen Eingriff verwirft und diese Krankheit nur innerlich diätetisch behandelt wissen will. **Müller** (Dresden).

37) **Moynihan.** Ulcus carcinomatosum.

(Practitioner 1904. September.)

Unter 60—70 Fällen von Carcinoma ventriculi waren 10% auf der Basis eines runden Magengeschwürs entstanden. Für die Annahme eines Ulcus carcinomatosum sollen sprechen: die anhaltenden sehr heftigen Schmerzen, die geringe Beeinflussung durch interne Behandlung, sowie ein fortschreitender Verfall. Verf. rät, in allen Fällen möglichst frühzeitig chirurgische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Jenckel (Göttingen).

38) **Exner.** Bericht über die Magenoperationen der letzten 5 Jahre in der Klinik Gussenbauer.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXV [n. F. Bd. V]. Hft. 4.)

126 Magenoperationen wurden, ohne Mitzählung der Gastrostomien, in der Klinik Gussenbauer's in der Zeit von 1898/99 bis 1902/03 ausgeführt, darunter 75 Gastroenterostomien, 43 Resektionen und 8 andere Eingriffe. Die Anastomosenbildung wurde in typischer Weise stets mit dreireihiger zirkulärer Naht, wenn

irgend angängig nach v. Hacker derart gemacht, daß die äußere Nahtlinie 8, bei den letzten Operationen 10 cm betrug. Nur wo diese Methode technisch unausführbar war, z. B. bei Verwachsungen bösartiger Neubildungen, wurde nach Wölfler operiert. Wegen gutartiger Erkrankung des Magens wurde 30mal, mit 10% Mortalität (keine einzige Peritonitis), wegen Karzinom in 45 Fällen mit 31,11% Sterblichkeit gastroenterostomiert. Erwähnenswert ist hier eine Pat., die sich trotz bei der Operation konstatierter peritonealer Metastasen nach $3^1/_2$ Jahren völlig wohl befand. Von den 43 Magenresezierten — 39 wegen Karzinom — wurden 22 geheilt, 21 starben im Anschluß an die Operation = 48,8% primärer Mortalität. Bei 12 Pat. mußten Teile des Pankreas reseziert werden; nur 3 von diesen überlebten den Eingriff. Wegen der verhältnismäßigen Kürze der verflossenen Zeit und infolge der Ergebnislosigkeit vieler Anfragen ließ sich über die Dauerresultate bei den Karzinomkranken nichts Sicheres feststellen. 4 Pat. sind aber $1—1^1/_2$ Jahr seit der Operation gesund, 1 Pat. 2 Jahre und 1 Pat. $3^1/_2$ Jahre. Operiert wurde nach der 1. oder 2. Billroth'schen Methode. Ferner wurden 3mal Narben bezw. Magengeschwüre exzidiert, 1 Pat. genas. Ebenso wurden die beiden wegen Fremdkörper im Magen gastrotomierten Pat. geheilt, während die 3 wegen Geschwürsdurchbruch Operierten nicht zu retten waren. **Müller** (Dresden).

39) M. v. Čačković. Ein Fall von Jejunostomie.

(Liečnički viestnik 1904. Nr. 5. [Kroatisch.])

Wegen breiter Verwachsungen des Magens konnte Wikerhauser keine Operation an demselben ausführen und legte eine Jejunostomie nach v. Eiselsberg an. Am Operationstag und später einigemal galliges Erbrechen, jedoch funktioniert die Fistel gut. Die sehr schwache Pat. stirbt am 4. Tag an Entkräftung. Bei der Sektion findet man den Magen und den zuführenden Darmschenkel voll galliger Flüssigkeit; in der Gegend der Fistel die Darmlichtung nur für einen Finger durchgängig.

Verf. kommt auf Grund dieses Falles zu dem Schluß, daß v. Eiselsberg's Typus zwar den Rückfluß verhindere, daß er aber die Zirkulation der Verdauungssäfte erschwere, und empfiehlt, unter allen Umständen Maydl's Typus auszuführen. (Selbstbericht.)

40) A. L. Poljenow. Zur Frage des akuten Darmverschlusses.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Von den drei mitgeteilten Fällen sei nur der letzte erwähnt.

Ein 39jähriger Bauer fühlt eines Morgens (10 Uhr) plötzlich heftige Schmerzen im Leib und muß bald darauf erbrechen. 6 Stunden später ist der Leib, besonders im oberen Teil, aufgetrieben. Während die überall schmerzhafte Perkussion oben gedämpft-tympanitischen Schall gibt, findet sich abwärts vom Nabel absolute Dämpfung in der Mitte sowohl wie an den Seiten, wo sie etwas höher reicht. Peristaltik ist nicht hör- oder sichtbar. Während der nächsten 3 Stunden wesentliche Verschlimmerung, das Erbrochene riecht kotig. Trotz mehrfachen Katheterismus kein Tropfen Urin. Pat. gibt sicher an, seit 36 Stunden nicht uriniert zu haben (? Ref.). Nun wird endlich zur Operation geschritten. Die »durch Gase fast gar nicht aufgetriebenen Dünndarmschlingen« sind dunkelblau verfärbt. Die Gefäße des Mesenteriums und seiner Radix erweitert und prall gefüllt: es liegt eine Drehung um fast 360° von links nach rechts vor. Nach völliger Eventeration gelingt die Zurückdrehung leicht. Die Harnblase ist leer und kollabiert. Am folgenden Nachmittag erliegt Pat. einer Peritonitis.

P. ist der Meinung, daß auf die beiden Symptome: Anurie und Dämpfung über der unteren Bauchhälfte von den Autoren zuwenig Wert gelegt werde, und daß sie für die in diesem Falle vorliegende Form des Volvulus charakteristisch seien. Erstere sei eine Folge der infolge der Drehung aufgehobenen Resorption der im Dünndarm enthaltenen Flüssigkeit, die ihrerseits, da die gefüllten Schlingen der Bauchwand anliegen, die Dämpfung verursache.

V. E. Mertens (Breslau).

41) **Riedel.** Der Mechanismus der Darmeinstülpung bei einem Kinde mit drei Invaginationen, zwei aszendierenden und einer deszendierenden.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Bei einem 5 Monate alten Kinde fand sich bei der Laparotomie wegen Intussusception eine deszendierende Invaginatio ileo-colica und eine aszendierende, also retrograde des Colon descendens in das Colon transversum hinein; beide ließen sich ziemlich leicht desinvaginieren. Außerdem muß eine Invagination des unteren Endes des S romanum in den Mastdarm hinein bestanden haben; denn vor der Operation war dieselbe im Mastdarme getastet worden, sie muß während der Narkose zurückgegangen sein. Tod nach 3 Tagen an Pneumonie. Das Wichtige dieser Beobachtung liegt darin, daß R. sofort nach dem Herausziehen des invaginierten Ileums an diesem, 5—6 cm von der Bauhin'schen Klappe entfernt, eine ganz umschriebene Kontraktion des Darmes sah, als ob ein Faden um den Darm gelegt wäre. Diese Striktur hielt sich 1—2 Minuten, bis der Operateur Darminhalt vom Ileum her durchdrückte; dann wich sie und kehrte nicht wieder. Es liegt gewiß nahe, anzunehmen, daß entsprechend der Nothnagel'schen Lehre diese scharfe Kontraktion des Darmes den Ausgangspunkt der Invagination gebildet hat.

Haeckel (Stettin).

42) **Riedel.** Eine seit 3 Jahren sich wiederholende, schließlich irreponible Invaginatio ileo-ileo-colica.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Bei einer 50jährigen Frau mit Ileus fand sich eine Invaginatio ileo-colica mit gangränösem Intussusceptum. Resektion. Tod nach 6 Wochen: infizierter Thrombus in der V. iliaca dextra von einem Decubitus aus; Pneumonie. Darm gesund.

Das Wichtige der Beobachtung liegt in der Anamnese: die Frau hatte viele Jahre vorher an oft wiederholten Schmerzen in der Ileocoecalgegend mit Brechen und Durchfällen gelitten. In den letzten 3 Jahren vor der Operation fühlte sie bei einem jeden der sehr häufigen Anfälle eine deutliche Geschwulst in der Blinddarmgegend, dabei bestanden stets deutliche Ileuserscheinungen, die nach Anwendung heißer Umschläge mitsamt der Geschwulst verschwanden. Offenbar hat es sich, da der Wurmfortsatz bei der Operation sich als gesund erwies, Appendicitis also auszuschließen ist, früher um Anläufe zur Invagination gehandelt, seit 3 Jahren aber kam es zu wirklichen Invaginationen, welche sich indes stets schnell wieder lösten. Dieses spontane Zurückgehen der Invagination läßt sich wohl am besten erklären, wenn man nach Nothnagel's Lehre annimmt, daß eine umschriebene Kontraktion des Darmes zur Insussusception führt; mit dem Nachlassen dieser Kontraktur geht dann auch die Intussusception zurück. **Haeckel** (Stettin).

43) **Mignon** et **Dopter.** Thrombo-phlébite mésaraïque primitive.

(Presse méd. 1904. Nr. 87.)

Verff. berichten über einen Fall, der ihnen mit den Symptomen des Darmverschlusses zugeführt und von ihnen operiert worden ist. Die Operation und die nachfolgende Sektion bestätigen die gestellte Diagnose nicht; man findet stark geblähte verfärbte Dünndarmschlingen, hochgradige Verdickung des Mesenteriums und Thrombophlebitis der Venae mesentericae und der Vena portae.

Die Betrachtungen der Verff. über den vorliegenden Fall erstrecken sich nur auf die Symptomatologie und die Pathogenese der Erkrankung. Sie nehmen zwei Stadien des Krankheitsbildes an, nämlich erstens Leibschmerzen und Darmverstimmung (Verstopfung oder Durchfall) mit oder ohne Temperatursteigerung, zweitens die Symptome des Darmverschlusses.

Als Ätiologie kommt nach Ansicht der Verff. eine Infektion in Betracht, und sie bringen in dem vorliegenden Fall eine vor zwei Jahren beobachtete akute Phlebitis venae saphenae sinistrae des Pat. in Beziehung zu der jetzigen Erkrankung.

Grunert (Leipzig).

44) J. M. Elder. The treatment of muco-membranous colitis by colostomy.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. September 10.)

45) C. Macdonald. Chronic dysentery: two cases treated by inguinal colostomy and irrigation.

(Ibid. November 5.)

In allen drei Fällen Heilung sehr schwerer chronischer Kolitis. Gewichtszunahme um ca. 60 Pfund. — M. empfiehlt die Operation für alle chronischen und die meisten akuten Fälle von Dysenterie. **Lengemann** (Bremen).

46) Fontaynont. Prolapsus total du rectum avec hydrocèle chez un enfant malgache de 12 mois. Rectococcypexie.

(Revue mens. des malad. de l'enfance Bd. XXII. p. 130.)

Der selbst in Narkose irreponible Vorfall des Mastdarmes bestand erst seit 8 Tagen. Operation nach Gérard-Marchant mit dauerndem Erfolg. Erwähnenswert ist die Bemerkung des Verf.s über die extreme Seltenheit der Rachitis in Madagaskar. **Goeppert** (Kattowitz).

47) Tavel (Bern). Technique de la résection du rectum par la voie sacrée avec suture primaire circulaire et réunion par première intention.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 9.)

An drei Fällen zeigt Verf., daß bei noch beweglichem Mastdarmkrebs, ob infra- oder intraperitoneal, ob an der Ampulle oder am S romanum, der sakrale Weg mit Resektion und nachfolgender zirkulärer Naht des Darmes die besten Resultate ergibt. In zwei Fällen erzielte er auch die Hautvereinigung per primam, immer gute Kontinenz, nie eine Infektion des Wirbelkanales. **Stolper** (Göttingen).

48) Bogdanik. Traumatischer Milzabszeß.

(Wiener klin.-therapeut. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

Kasuistische Mitteilung eines Milzabszesses, der auf einen vor Jahresfrist in die linke Seite erhaltenen Hufschlag zurückgeführt wurde. Die Diagnose wurde erst bei der Operation gestellt, bei der nach Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Schnitt am äußeren Rande des linken Rectus die Milz sich als eine mannskopfgroße, glänzende, stahlfarbige, fluktuierende Geschwulst repräsentierte. Nach vorangegangener Inzision und Entleerung von etwa 1 Liter schmutziggrüner, nicht riechender Flüssigkeit wurde die Milz in die Bauchwunde eingenäht und tamponiert. Heilung. **Müller** (Dresden).

49) Eliot, Ellswörth jr. Hepatoptosis complicated by gastroptosis; a suggestion as to treatment.

(Med. news 1904. November 12.)

Verf. gibt eine Operationsmethode bei Hepatoptose verbunden mit Gastroptose an, welche von dem Gesichtspunkte geleitet ist, daß eine Hauptursache der allgemeinen Enteroptose der Druck der herabtretenden Leber darstellt.

Die Operation besteht in der Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Medianschnitt und dem Aufsuchen und Vorziehen des Lig. teres zum parietalen Peritonealblatte, so daß das Nabelende des Bandes zum Leberende einen rechten Winkel bildet. In dieser Lage wird das Lig. teres in die vordere Bauchwand eingenäht, während der übrige Teil des falciformen Bandes seitlich ausgebreitet und ebenfalls angeheftet wird. Dadurch soll eine Tasche entstehen, welche der unteren Leberoberfläche einen Rückhalt gewährt. Für die Nachbehandlung ist von Belang, daß 2 Wochen lang das Becken hochgelagert wird.

Verf. hat zwei Fälle nach dieser Methode operiert. Bei dem ersten wurde außerdem eine Gastrorrhaphie gemacht. In beiden Fällen, welche Frauen im Alter von 38 und 41 Jahren betrafen, wurde eine Befreiung von den Beschwerden erzielt, welche zur Zeit der letzten Untersuchung, die $1/2$ Jahr nach der Operation stattfand, noch keine Beeinträchtigung erfuhr. **Hofmann** (Freiburg i. B.).

50) **Legueu.** Plaie simultanée du foie et de l'artère fémorale par balle de revolver.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1063.)

L. hatte Gelegenheit, bei einer Pat., die sich mit einem Revolver einen Schuß im rechten Hypochondrium beigebracht hatte, die Laparotomie bereits 4 Stunden nach dem Unfall auszuführen. Die Eintrittsöffnung des Schußkanales saß an der oberen, die Austrittsöffnung an der Unterfläche der Leber sehr nahe ihrem Hilus; das Geschoß wurde nicht gefunden. Aus der Bauchhöhle wurde massenhaft Blut entfernt, die Leberwunden mit Jodoformgaze tamponiert. Eine am 8. Tage aufgenommene Skiagraphie zeigte das Geschoß vor dem Kopfe des rechten Oberschenkels; hier fühlte man es jetzt auch nach außen von den großen Gefäßen unter den Fingern rollen. Ein Einschnitt eröffnete eine mit Blutgerinnseln gefüllte Höhle. Bei vorsichtiger Wegnahme der Gerinnsel erfolgte plötzlich ein starker arterieller Blutstrahl aus einer lateralen Wunde der Art. femoralis. Da die Ligatur nicht gelang, ließ der Operateur Blum drei Klemmpinzetten liegen. Heilung.

Reichel (Chemnitz).

51) **Riedel.** Über die fieberhaft verlaufende Lues der Gallenblase und Gallengänge sowie der Leber.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Das klinische Bild der Leberlues ist reicher, als es für gewöhnlich gezeichnet wird; neben der Cirrhose, den Gummata, dem Ikterus in der sekundären Periode der Syphilis kommen noch eine Reihe anderer Erscheinungsformen vor, deren Differentialdiagnose gegenüber der Cholelithiasis oft schwierig ist. R. gibt zunächst drei Fälle von Cholecystitis luetica ohne Ikterus, deren einer unter Fieber verlief. Alle hatten sie wiederholte, heftige Schmerzanfälle gehabt, so daß Gallensteine angenommen wurden. Die Operation ergab das Fehlen von Steinen; charakteristische Veränderungen der Leber ließen die Diagnose auf Lues zweifellos erscheinen. Vorhandene Verwachsungen erklären vielleicht die Schmerzen. Auch fieberhaft verlaufende Leberlues kann Cholecystitis luetica vortäuschen, wie ein Fall zeigt, in welchem ein verdickter unterer Leberrand für ein Empyem der Gallenblase gehalten wurde. Nebenbei werden zwei Krankengeschichten von schwerer Cholecystitis sine concremento und von Leberabszessen ohne luetische Basis angeführt.

Sodann wird ein Fall wiedergegeben von Lues der Gallenblase und Gallengänge mit Ikterus und Fieber. Die Operation ergab das Fehlen von Steinen. Die Drainage der Gallenblase hätte wohl Heilung bringen können, wenn nicht eine starke Darmblutung dem Leben ein Ende gemacht hätte. Da auch Gallensteine ein ähnliches Bild, ohne daß jemals Schmerzen auftraten — wofür zwei typische Fälle angeführt werden —, machen können, auch sehr larvierte Appendicitis in Frage kommt, wie zwei Beispiele zeigen, so erhellt die Schwierigkeit der Diagnose und die Wichtigkeit der feineren Kenntnis der Lues der Gallenwege.

Haeckel (Stettin).

52) **Biefinger.** Über Leberabszeß.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

Nach Besprechung der verschiedenen bei Leberabszessen in Frage kommenden Operationsmethoden teilt Verf. die genauen Kranken- und Operationsgeschichten von drei in der Kieler Klinik operierten Fällen mit, bei denen die Eröffnung der Abszesse mit der Resektion einer oder mehrerer Rippen verbunden war. Zwei Pat. wurden geheilt, einer mit multiplen Leberabszessen starb.

Müller (Dresden).

53) **E. Payr.** Die Mobilisierung des Duodenums nach Kocher zur Entfernung retroduodenal liegender Choledochussteine.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 1.)

P. hat in einem Falle von in die Papille eingekeiltem Choledochussteine den vertikalen Duodenumteil nach Inzision des parietalen Bauchfelles auf der lateralen Seite 1 cm vom Duodenum entfernt nach links herübergeklappt, wie Kocher es zur Magen-Duodenumanastomosierung angegeben hat. Danach war der Stein für Eingriffe gut zugänglich und konnte im Gallengange so weit hochgeschoben werden, daß er durch eine zuvor schon angelegte Inzisionsöffnung im supraduodenalen Gangteile extrahiert werden konnte (vgl. auch die diesbezügliche Mitteilung auf dem vorjährigen Chirurgenkongreß. Dieses Blatt 1904 Beilage zu Nr. 27, p. 106 und Kongreßverhandlungen p. 81). Bemerkenswert bei der Operation war ein ziemlich blutender Venenplexus, auf den P. bei der übrigens sehr leicht auf stumpfem Wege von statten gehenden Darmablösung stieß.

P. stellt die noch junge und spärliche Literatur dieser Duodenumablösungen zusammen, erläutert durch zwei anatomische Bilder die topographischen Lageverhältnisse nebst Operationsfeld, vergleicht den Wert der retroperitonealen Choledochotomie mit der transduodenalen Operationsmethode zur Entfernung der Papillensteine, erörtert endlich die Verhältnisse des Choledochusendstückes zum Pankreas, welches mitunter letzteres völlig ummantelt. Er hebt den Wert der Duodenumablösung angelegentlich hervor (auch für Affektionen am Pankreas usw.), besonders deshalb, weil, wie sein Fall lehrt, nach derselben festsitzende Papillensteine ohne weitere Fortsetzung der Choledochusinzision im supraduodenalen Teile mobilisiert und emporgedrückt werden können.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

54) **R. Müller.** Die Gallensteinoperationen der chirurgischen Klinik zu Kiel aus den Jahren 1899—1901.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

Die Resultate der von Helferich operierten 33 Fälle sind als recht günstige anzusehen. Bei 12 Cholecystostomien hatte er keinen, bei 15 Ektomien 3 Todesfälle, die aber nicht der Operation als solcher zuzurechnen sind, da sich als Todesursachen weit vorgeschrittene Phthise, Herzerkrankung und zu später Operationstermin angegeben finden. Je 3 Fälle von einfacher Choledochotomie und Choledochotomie mit Cystektomie genasen ebenfalls. Die definitiven Dauerresultate lassen ebenfalls nichts zu wünschen übrig. **Müller** (Dresden).

55) **Bize.** Étude anatomo-clinique des pancréas accessoires situés à l'extrémité d'un diverticule intestinal.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 2.)

Zu zehn in der Literatur bekannten und von ihm auszugsweise wiedergegebenen Beobachtungen über Nebenbauchspeicheldrüsen an Darmanhängen fügt der Autor noch zwei eigene Fälle, von Kirmisson wegen Einstülpung operierte, hinzu. Diese Nebendrüsen sitzen nicht immer an der Stelle des Darmes, wo man nach Anatomie und Embryologie die Spur des Stieles der Nabelblase suchen möchte. Andererseits lehrt eine Beobachtung von Nauwerck, daß man neben einem eigentlichen Meckel'schen Anhang ein zweites Divertikel mit einem akzessorischen Pankreas finden kann. Die Annahme Neumann's erscheint also gerechtfertigt, daß diese Darmanhänge sich sekundär entwickeln können durch den Zug, welchen ein irgendwo beliebig sitzendes akzessorisches Pankreas auf den Darm ausübt. Es handelt sich hierbei nicht um einfache anatomische Merkwürdigkeiten, sondern dieselben können natürlich durch Entzündungen der Gewebe, durch Einstülpungen und Vordringen in die Lichtung des Darmes mit folgender Verlegung des Darminnern, sowie endlich durch die Möglichkeit von Geschwulstbildung gut- und bösartiger Natur eine sehr erhebliche und unter Umständen todbringende klinische Bedeutung gewinnen. **Herm. Frank** (Berlin).

56) **Pantser.** Multiple abscesses of the omentum.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. November 19.)

1) 33jährige Frau, 2 Jahre vorher wegen Retroflexio uteri durch Ventrofixatio operiert. Es war allgemeine Peritonitis der Operation gefolgt. Pat. war genesen, aber sehr geschwächt, hatte bei jeder Menstruation Anfälle von allgemeiner Sepsis und auch in den Zwischenzeiten Leibschmerzen. Bei der Aufnahme bot sie trotzdem das Bild blühender Gesundheit. Im Bauche fanden sich bei Betastung eine Anzahl kleiner Geschwülste, von der Scheide aus waren vergrößerte Ovarien, die mit den Nachbarorganen stark verlötet waren, zu fühlen. Die Laparotomie enthüllte zahlreiche Granulationsgeschwülste im großen Netze, welche sämtlich Eiterhöhlen umschlossen und zwischen den beiden Blättern des an diesen Stellen stark verdickten Netzes lagen. Uterus und Ovarien wurden aus den Verwachsungen befreit, ersterer wieder ventrofixiert. Der dem Becken zunächst liegende Teil des Netzes, welcher am meisten Abszesse enthielt, wurde entfernt. Pat. erlag nach 3 Tagen schwerer Sepsis. Die Unsersuchung des Eiters aus den Netzabszessen ergab reine Streptokokken.

2) 37jährige Frau, mehrere Jahre vorher nach Kystomoperation allgemeine Sepsis, danach ähnlicher Zustand wie bei der ersteren. Bei der Aufnahme fanden sich außer einer über faustgroßen Schwellung in der Blinddarmgegend die Symptome von Gallensteinen. Die Laparotomie ergab, daß die Geschwulst aus aufgerolltem, verdicktem Netz bestand, wolches im ganzen das Aussehen bot wie oben beschrieben. 400 Gallensteine wurden entfernt, eine Gallenfistel angelegt. Nach 24 Stunden setzte schwere Sepsis ein, Tod nach 3 Tagen.

P. erklärt sich die Entstehung der Abszesse im Netz aus seiner Rolle als Schutzorgan. Es hatte das septische Material der allgemeinen Peritonitis nicht zu überwinden vermocht, sondern Teile davon wurden abgekapselt, und nach jeder Anstrengung, oder infolge der erschwerten Menstruation beim ersten Falle, traten von neuem Teile davon in die Blutbahn und erzeugten vorübergehende Anfälle von Sepsis. So auch wurden die Infektionserreger nach den Operationen mobilisiert und führten den Tod herbei. Seiner Ansicht nach wird das Netz als Schutzorgan nicht genügend gewürdigt. **Trapp** (Bückeburg).

Zur „Bemerkung“ des Herrn Dr. Lohnstein über mein neues Ureterenkystoskop.

(Vgl. Zentralblatt für Chirurgie 1904 Nr. 51 p. 1467 und 1905 Nr. 5 p. 136.)

Von

*Dr. **Albert Freudenberg** in Berlin.*

Die »Bemerkung« Lohnstein's kommt leider etwas verspätet zu meiner Kenntnis, so daß ich erst jetzt darauf erwidern kann.

Lohnstein ist im Irrtum, wenn er das von ihm angegebene Lampenarrangement an Kystoskopen für identisch hält mit der von mir an meinem neuen Ureterenkystoskop in Anwendung gebrachten und als ein Teil des einen der beiden neuen Prinzipien meines Instrumentes bezeichneten Anordnung der Lampe. Vielleicht bin ich selbst z. T. an diesem Irrtum mitschuldig, indem meine Schilderung, um kurz zu sein, nicht sehr genau und ins Einzelne gehend ausgefallen ist. Immerhin konnte und kann eine einfache Vergleichung meiner in ds. Bl. 1904 Nr. 51 gegebenen Abbildung, auf die ich bei meiner Schilderung ausdrücklich hinwies, mit dem von Lohnstein an der selbst zitierten Stelle (Deutsche med. Wochenschrift 1895 p. 59) gegebenen Klischee ihn — wie jeden anderen — von der Verschiedenheit überzeugen. Ich brauche mich aber, um diese Verschiedenheit zu beweisen, nicht auf die Aufforderung zum Vergleiche dieser beiden Zeichnungen zu beschränken; ich bin in der glücklichen Lage, Lohnstein selbst zum Zeugen gegen Lohnstein aufzurufen,

indem ich einfach das hierher setze, was Lohnstein an der von ihm zitierten Stelle (Deutsche med. Wochenschrift 1895) über sein Lampenarrangement selbst sagt, was er aber in seiner »Bemerkung« nicht zum Abdruck bringt[1].

Ich zitiere also, was Lohnstein l. c. über sein Instrument selbst sagt: »Auf einem cystoskopischen Schafte . . . . wird eine Edisonlampe aufgeschraubt, welche nach ihrer Befestigung die geradlinige Verlängerung des Schaftes bildet.« Weiter: sein Instrument unterscheide sich von dem Nitze'schen . . . . »dadurch, daß der Schnabel des Instrumentes nur als Führung dient, ohne gleichzeitig die Lichtquelle zu enthalten«; der eigentliche Schnabel stelle also nur einen »Metallfortsatz« dar. — Dem gegenüber stelle ich als Eigenschaften der Lampenanordnung bei meinem Instrumente fest: 1) Die Lampe bildet nicht »die geradlinige Verlängerung des Schaftes«, wie bei Lohnstein, sondern steht mit ihrer Achse im stumpfen Winkel zum Schafte. — 2) Der Schnabel dient nicht »nur als Führung, ohne gleichzeitig die Lichtquelle zu enthalten«, er stellt nicht nur einen »Metallfortsatz« dar, wie bei Lohnstein, sondern er enthält die Lampe. — 3) Das Fenster für die Lampe ist nicht, wie bei Lohnstein, an dem (bei Lohnstein verhältnismäßig sehr langen) Schaftteile des Schnabelstückes, sondern genau an dem Winkel zwischen dem eigentlichen Schnabelteile des Schnabelstückes und dem (bei mir überhaupt nur andeutungsweise vorhandenen) Schaftteile des Schnabelstückes, und zwar an der konvexen Seite des Winkels, angebracht. — 4) Meine Lampe ist also nicht, wie Lohnstein's, eine »Schaftlampe« (s. d. Bl. 1905 Nr. 5).

Die Möglichkeit, die Lampe so zu arrangieren, wie es bei mir geschehen, ist übrigens nur durch einen kleinen, von mir angegebenen technischen Kunstgriff erzielt worden, der ebenfalls etwas Neues darstellt, den ich aber in der Schilderung meines Instrumentes nicht besonders erwähnt habe, um nicht zu weitschweifig zu werden. Wie aus der Zeichnung meines Instrumentes ersichtlich, verläuft nämlich die Trennungslinie zwischen dem Schnabelstück und dem Schafte meines Instrumentes schräg zur Achse des Instrumentes, nicht senkrecht, wie bei allen bisherigen Kystoskopen. Und entsprechend ist auch das Gewinde im Schaft, an welches das Schnabelstück angeschraubt wird, schräg zur Achse des Instrumentes gestellt. Schon daraus ergibt sich, daß Lohnstein weiter im Irrtum ist, wenn er glaubt, daß er das, was mein Instrument bezüglich des ersten neuen Prinzipes bietet, einfach dadurch erreichen kann, daß er sein Lampenarrangement an ein beliebiges Ureterenkystoskop anschraubt.

Das Gesagte dürfte wohl genügen! Konstatiere ich außerdem noch, daß weder Lohnstein, wie er selbst in seiner »Bemerkung« zugibt, noch sonst Jemand jemals etwas über ein Ureterenkystoskop publiziert hat, bei dem das Prinzip aufgestellt und verwirklicht ist, die Ureterenkatheter auf der der Konvexität des Schnabels entsprechenden Seite des Schaftes heraustreten zu lassen (NB.: Das ist das Wesentliche meines ersten Prinzipes!), so darf ich wohl Lohnstein's Prioritätsreklamation mit aller Berechtigung zurückweisen.

Daß bei Lohnstein's Reklamation das zweite neue Prinzip meines Instrumentes, die entfernbare Zwischenwand zwischen Optik und Raum für die Ureterenkatheter, ganz in der Versenkung verschwindet — obwohl ich dasselbe in meiner Arbeit als »vielleicht noch wichtiger« bezeichnet habe —, sei beiläufig hervorgehoben.

[1] *In dem von Lohnstein im Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 5 zum Abdruck gebrachten Satze aus seiner Arbeit in der Deutschen med. Wochenschrift 1895 findet sich übrigens eine nicht unwesentliche Abweichung gegenüber dem Originale. Im Originale steht: »dadurch, daß man den Schnabel nach einer anderen Richtung abbiegt«. Lohnstein zitiert jetzt: »nach der anderen Richtung«.*

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 11. Sonnabend, den 18. März. 1905.

Eine Erleichterung der vaginalen Uterusexstirpation bei verdickter Cervix.

Von

Oberarzt Dr. C. **Lauenstein** in Hamburg.

Bei weiter Scheide und leicht beweglichem Uterus ist es nach dem heutigen Stande der Technik nicht schwer, den erkrankten Uterus per vaginam zu entfernen. Auch was Lebensgefahr betrifft, nimmt eine solche Operation keinen hohen Rang ein. Mit der Zunahme des Cervixvolumens, die gleichzeitig eine Raumbeschränkung der Scheide

sowie in der Regel auch eine Abnahme der Verschieblichkeit des Uterus zur Folge hat, wachsen die Schwierigkeiten der Operation.

Es sind dies die Fälle, wo man, soll der vaginale Operationsweg beibehalten werden, entweder das Organ in situ auslöst, d. h. ohne es zu stürzen, oder wo man andere Erleichterungen der Technik heranzieht, wie sie in der Halbierung des Organes nach Peter Müller, der Spaltung der vorderen Wand nach Döderlein oder dem ein- oder doppelseitigen Schuchardt'schen Schnitt gegeben sind.

Ehe ich nun eine neue technische Erleichterung den Fachgenossen empfehle, schicke ich zwei Worte über die Uterusexstirpation überhaupt voraus. Ich habe zum Zwecke der Totalexstirpation des Uterus im Laufe der letzten 6—7 Jahre den vaginalen Weg nur ganz ausnahmsweise noch betreten. Vielmehr habe ich fast stets den Weg der Laparotomie gewählt, und zwar bei steiler invertierter Lage. Diese Operation hat den Vorzug der Übersichtlichkeit, und das bedeutet viel. Denn wo man nicht ordentlich sieht, da beherrscht man auch das Operationsgebiet nicht völlig. Jedoch läßt sich nicht leugnen, daß die »Freund'sche Operation« eine wesentlich höhere Mortalität hat, als die vaginale Operation. Das besagt die Literatur und das ist auch unsere Erfahrung. Es ist auch bei ruhigem Abwägen unverkennbar, weshalb die direkten Gefahren der Operation von der Scheide aus geringer sein müssen als die von der Bauchseite aus. An sich sind beide Eingriffe, was ihren Umfang betrifft, dieselben; beide bedürfen derselben Schnitte an der Vagina, im Beckenbindegewebe, am Peritoneum und an den Ligamenta lata. Aber das eine Mal arbeiten wir von der Scheide aus, einem Vorraume, in dem die Empfänglichkeit für Infektion gleich Null ist, im anderen von der eröffneten Bauchhöhle aus, einem Raume, dessen Empfänglichkeit Infektionsstoffen gegenüber weit über der der Vagina steht. Die »Freund'sche Operation« konkurriert nach Technik und Dignität ohne weiteres mit den schwierigsten Eingriffen, die der Chirurg im Bereiche der Bauchhöhle auszuführen hat, wenn wir von dem die chirurgischen Eingriffe komplizierenden Magen-Darminhalt zunächst absehen.

Der etwas weitere Weg, den der Operateur bei der »Freundschen Operation« bis zum Uterus hat gegenüber dem vaginalen Wege wird wohl einigermaßen durch die invertierte Lagerung der Pat. ausgeglichen. Doch bleibt immer noch ein Plus für sie, das ist die Bauchdeckenwunde.

Daher läßt es sich auch heute noch rechtfertigen, und zwar durch die wesentlich geringere Lebensgefahr der vaginalen Methode, wenn man es nicht aufgibt, an ihrer Vervollkommnung zu arbeiten. Jedes kleine Gebiet, das wir der vaginalen Operation erhalten, bedeutet einen Hoffnungsstrahl mehr im Einzelfalle, daß die Operation glücklich überstanden wird.

Nach dieser Einleitung kann ich mich vor den Fachgenossen, die dieses Blatt lesen, mit meinem Vorschlage recht kurz fassen.

Ich empfehle im gegebenen Falle, wo der Operateur bei Anschwellung der Cervix noch den vaginalen Weg zu wählen beabsichtigt, die Operation in der Weise auszuführen, daß er erst ganz in derselben Weise, wie es die Schröder'sche supravaginale hohe Cervixamputation tut, den unteren Abschnitt des karzinomatösen Uterus fortnimmt und nachdem dieser raumbeengende Teil des Organs entfernt worden ist, den Rest des Uterus mit den angrenzenden Teilen der Ligg. lata entfernt. Die Kollegen werden erstaunt sein, mit welcher verblüffenden Leichtigkeit sich der Fundus uteri aus dem in der Regel eröffneten Douglas hervorholen läßt und wie leicht sich die Abklemmung und Abtragung beider Ligamenta lata macht. So zerlegt sich der Operateur die vaginale Uterusexstirpation, die doch immerhin die Stellung einer technisch wichtigen und oft schwierigen Operation einnimmt, in zwei unverhältnismäßig einfache, ja leichte Eingriffe.

Die geringe Blutung, die man nach der queren Abtragung der Cervix aus der Wundfläche des Fundus erhält, läßt sich durch ein leichtes Überfahren mit dem Kolbenbrenner des Paquelin stillen. Die Plica vesico-uterina bleibt bis zuletzt intakt. Der Douglas wird dagegen wohl stets mit der Fortnahme der Cervix eröffnet worden sein. Bei der seitlichen Auslösung wird die Blutung aus den Ästen der Uterina sofort gestillt. Nach Entfernung der Cervix fällt jede Spannung der Ligg. lata in der Richtung von oben nach unten fort, so daß man beiderseits nur je eine Doyen'sche Klemme und nur je eine Ligatur braucht.

Man muß sich wundern, daß dieser Vorschlag, bei verdickter Cervix oder bei enger Scheide Raum zu gewinnen, noch nicht früher gemacht worden ist. Er leistet wesentlich mehr als die Vorschläge, die den Uterus der Länge nach teilen oder einschneiden, aber das Volumen des Uterus nicht vermindern. Er leistet aber auch mehr als die Längsschnitte, die das Lumen der Scheide zu erweitern bestimmt sind; denn er schafft ganz erheblichen Raum, ohne den an sich notwendigen Schnitten neue hinzuzufügen. Eine vaginale Uterusexstirpation, in dieser von mir vorgeschlagenen Weise ausgeführt, beansprucht nur ein Mindestmaß von Zeit. Die größere Quote Zeit von den beiden Operationsabschnitten beansprucht die supravaginale Amputation; die Fortnahme des Fundus ist Sache weniger Minuten.

Mit dem sog. »Morcellement« möchte ich meinen Vorschlag nicht verwechselt wissen. Nach meinem Vorschlage braucht man den Uterus nur in zwei Stücke zu teilen. Sowie das untere Stück fortgenommen ist, läßt sich spielend leicht das obere wegnehmen.

---

1) **R. Boddaert.** Etude expérimentale sur l'oedème veineux.

(Bull. de l'acad. de méd. de Belg. 1904. Nr. 8.)

B. weist durch seine Experimente an Kaninchen nach, daß unsere Anschauung über Ödem durch Unterbindung großer Venen einge-

schränkt werden muß. Die großen und mittelgroßen Lymphgefäße sind meist so eng an die Venen angelagert, daß sie sowohl beim Menschen, als experimentell bei Tieren unversehens mit unterbunden werden, was dann zu Trugschlüssen führt. Unterbindung großer Venen (Femoralis, Axillaris, Jugularis usw.) führt in der Regel nicht zu venösem (Stauungs-) Ödem. Ja, man kann durch die Färbemethoden am lebenden Tiere nachweisen, daß trotz Unterbindung großer Venen die Zirkulation des Blutes nur unbedeutend gestört wird. Die Kollateralbahnen sind eben zu zahlreich vorhanden. Legt man an einem Venenstamme zwei oder mehr Ligaturen an, welche zu ausgedehnter Thrombenbildung führen, so ändert sich das Bild, indem die Thromben sich bis in die kleineren Verästelungen fortsetzen und nun die kollateralen Bahnen mit Blut nur unvollkommen beschickt werden können. Bei Kaninchen gelingt es leicht von der Vena maxillaris externa aus in die Vena facialis, jugularis externa, selbst bis zur Vena cava sup., d. h. bis in die Nähe des Herzens, feine Laminariabougies einzuführen, welche quellen und nun enorme Zirkulationshemmung auch in der Vena facialis interna, facialis posterior und subclavia bedingen. Alsdann bekommt man hochgradiges venöses Ödem. Die Experimente sind lehrreich zur Erklärung mancher Ödeme, wie sie als Phlegmasia alba dolens usw. bekannt sind. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

---

2) E. J. Marzinowski und S. L. Bogrow (Moskau). Die Ätiologie der Orientbeule (bouton d'Orient).

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 112.)

Nach Aufzählung der in der Literatur beschriebenen verschiedenen Krankheitserreger der Orientbeule schildern Verff. in ausführlicher Weise das morphologische, tinktorielle und kulturelle Verhalten eines von ihnen zu den Protozoen gezählten Parasiten von ovaler und rundlicher Gestalt, den sie in einem Falle dieser Krankheit in den Granulationen der Geschwüre nachweisen konnten. Die von ihnen gesehenen Gebilde lagen größtenteils im Protoplasma von epitheloiden Zellen, seltener waren sie freiliegend. In Leukocyten waren sie äußerst spärlich nachzuweisen, in Erythrocyten fanden sie sich überhaupt nicht. Verff. schlagen für den von ihnen gefundenen Parasiten den Namen Ovoplasma orientale vor. Impfversuche bei Meerschweinchen mit demselben blieben resultatlos. **Doering** (Göttingen).

---

3) Cranwell. Contribution al estudio de la actinomicosis humana.

Buenos-Aires 1904.

Das Buch C.'s bietet eine ausführliche Behandlung des ganzen Gebietes der Aktinomykose auf Grund der gesamten darüber bestehenden Literatur. C. hat im Mai 1903 den ersten Fall authentischer Aktinomykose beim Menschen in Argentinien festgestellt, während man schon lange vorher das Vorkommen solcher Fälle auch in

jenem Lande vermutet hatte. Es wurden seit jener Zeit vom Verf. im ganzen zehn Fälle beobachtet, von denen zwei die Wange betreffen, drei den Unterkiefer, zwei den Hals und den Unterkiefer, zwei den Bauch und einer die Lendengegend. Was die nicht schwierige Diagnose betrifft, so ist dabei die Hauptsache, das früher von einem Franzosen ausgesprochene Wort zu beobachten:

»Pour faire le diagnostic d'une maladie il faut d'abord y penser.«

Bezüglich der Prophylaxe der Erkrankung wird von C. eine geeignete Belehrung der Landleute gefordert, insbesondere Vermeidung des Kauens von Getreide und Gebrauch einer Mund und Nase schützenden Maske bei der Drescharbeit. Die Behandlung kann nur rein chirurgisch sein. Von inneren Mitteln, wie Jodkali u. ä., hat C. wenig Erfolg gesehen. Von den oben angeführten zehn Fällen wurden vier geheilt, fünf gebessert, einer starb.

Stein (Wiesbaden).

---

4) **Oliver.** Tratamiento de los quistes hidáticos.

(Revista med. del Uruguay 1904. Nr. 9.)

Nach O. ist jede Punktion einer Echinokokkencyste, sei es zu Heilzwecken, sei es zu Untersuchungszwecken, zu unterlassen. Die Gründe hierfür sind folgende:

1) Kann man zwischengelagerte Organe verletzen.

2) Kann man eine Infektion der Cyste verursachen.

3) Kann man eine Überimpfung des Inhaltes der Cyste in die Nachbarschaft herbeiführen.

4) Kann man entzündliche Vorgänge in der Cyste, auch wenn man aseptisch punktiert hat, hervorrufen.

Man soll daher die Diagnose einzig und allein auf Grund der klinischen Symptome zu stellen suchen. Ebenso verwirft O. die Injektion irgendwelcher antiseptischer Flüssigkeiten, wie Naphtol, Sublimat, Jodoform, Formol usw., in das Innere der geschlossenen Cyste, da die Gefahr der Vergiftung sehr groß ist, und eine sichere Abtötung des Cysteninhaltes nicht garantiert wird. Die Behandlung der Echinokokkencyste soll rein chirurgisch sein; sie soll bestehen entweder in der Entleerung des Cysteninhaltes und Entfernung der Cystenmembran und der Tochterblasen oder, wenn möglich, in der völligen Exstirpation der Cyste.

Wird das erstere Verfahren ausgeführt, was wohl in den meisten Fällen indiziert ist, so kommen zwei Wege in Betracht, je nachdem die Cysten vereitert sind oder nicht.

Bei den vereiterten Cysten und außerdem bei denjenigen, deren Inhalt Gallenbeimischung zeigt, oder deren Inhalt gelatinöse Konsistenz hat, oder deren Wände teilweise verkalkt sind, muß unter allen Umständen drainiert werden. Die übrigen, d. h. die ganz aseptischen Cysten können nach der Entleerung verschlossen werden. Doch ist es außerordentlich ratsam, die vernähte Cyste an die Hautwand anzunähen, da sehr häufig sich einige Tage nach der Operation nach-

trägliche Eiterungen einstellen und dann das Wiederaufsuchen der vernähten und versenkten Cyste außerordentlich mühsam und schwierig sein kann. Diese nachträglichen Eiterungen manifestieren sich durch ein kontinuierliches Fieber, welches von geringer Höhe sein kann und selten über 38° ansteigt. Sie beginnen meist 4—6 Tage nach der Operation. Doch können sie auch noch einen Monat später sich einstellen, und selbst 78 Tage nach der Operation hat O. eine postoperative Cysteneiterung beobachtet. Durch diese Späteiterungen lassen sich auch die plötzlichen Todesfälle erklären, die zuweilen im Anschluß an die Cystenoperation berichtet worden sind. Cranwell berichtet über einen Kranken, der an einer Echinokokkencyste der Leber operiert worden war und der am Tage, an dem er aus dem Krankenhause entlassen werden sollte, plötzlich starb. Die Sektion ergab, daß die Cyste nachträglich vereitert war, daß sie die Vena cava inferior komprimiert, einen Thrombus in ihr erzeugt und damit eine Lungenembolie verursacht hatte. O. gibt an, daß zahlreiche Kranke, welche die Krankenhäuser scheinbar von der Operation genesen verlassen, hinterher zu Hause an Septhämie und Peritonitis zugrunde gehen. Aus alledem wird der Schluß gezogen, daß unbedingt die Kranken längere Zeit nach Heilung der Operationswunde unter ärztlicher Aufsicht zu belassen und erst nach Monaten vollkommenen Wohlbefindens als definitiv geheilt zu betrachten sind.

O. glaubt, daß die ungünstige Statistik, welche diese Operation in seinem Vaterlande hat, dadurch verursacht ist, daß die dortigen Ärzte sich obiges Verhalten nicht zur Regel gemacht haben, und daß deshalb in Uruguay nicht so glänzende Dauerresultate erzielt würden, wie dies scheinbar in Europa der Fall ist.

Was die Heilbarkeit der Cysten anbetrifft, so bieten die günstigsten Verhältnisse die Cysten der Lunge, welche durch die fortwährende Bewegung der Lunge, wenn sie einmal entleert sind, rasch zur Vernarbung gelangen können. Die ungünstigsten Verhältnisse bieten im Gegensatze hierzu die Cysten der Leber, welche sehr häufig vereitern.

O. hat 45% seiner Cysten zum zweitenmal operieren müssen. In der Hauptsache besteht seine Operationstechnik in folgendem:

1) Freilegung der Cyste durch die hierfür notwendige Operation (Laparotomie, Kraniektomie, Thorakotomie usw.).

2) Schutz des Operationsfeldes durch Kompressen.

3) Entleerung des flüssigen Cysteninhaltes durch Punktion und Aspiration.

4) Füllung der Cyste mit einer 1%igen Formollösung, welche nach 5 Minuten wieder herausgelassen wird.

5) Eröffnung der Cyste, Entfernung der Bläschen und der Membran und Ausfüllung der Cyste mit Gaze.

6) Resektion des größeren Teiles der Cystenwand ohne Verletzung des Organes, in welches die Cyste eingebettet ist.



7) Vernähung der Cyste und
8) Fixation der vernähten Cyste an den Wundrand.

Stein (Wiesbaden).

---

5) **Schmieden.** Experimentelle Studie zur Bier'schen Behandlung der Pseudarthrosen mittels Bluteinspritzung.

(Sonderabdruck aus dem Sitzungsberichte der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Bonn vom 24. Oktober 1904.)

S. hat in einer Reihe von Tierexperimenten versucht, der Bierschen Behandlung der Pseudarthrosen durch Bluteinspritzung (ref. im Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 4) eine experimentelle Grundlage zu geben. Er hat zu diesem Zwecke 19 Doppelversuche mit wechselnder Anordnung ausgeführt, von denen 7 als unbrauchbar ausgeschieden werden mußten, weil entweder kein Bluterguß oder Vereiterung eintrat. Von den übrigen 12 Doppelversuchen, bei denen auf möglichst gleichwertige Verhältnisse geachtet wurde, konnte in 7 Fällen ein deutlicher Einfluß des Blutergusses auf die Callusbildung in dem Sinne nachgewiesen werden, daß die Callusbildung beschleunigt und die Bruchenden eher miteinander verschmolzen wurden, wenn auch möglicherweise hierbei noch andere Momente, wie die Stellung der Bruchstücke, der Verlauf der Bruchlinie usw., eine gewisse Rolle spielten. In keinem einzigen Falle konnte jedoch ein direkt gegen die Theorie der Ernährbarkeit des Callus durch Blutergüsse sprechender Befund erhoben werden, und auch die übrigen 5 Fälle heilten gleich schnell und mit gleich kräftiger Callusbildung aus. S. trägt daher kein Bedenken, in diesen Beobachtungen eine Stütze der Bier'schen Pseudarthrosenbehandlungzu erblicken. Mikroskopische Untersuchungen, die in einer Reihe von Fällen angeschlossen wurden, um festzustellen, wie weit direkt der Bluterguß zum Aufbau des Callus verwendet wurde, haben zu keinem einwandsfreien Ergebnis geführt.

Deutschländer (Hamburg).

---

6) **H. Mohr.** Der Gelenkrheumatismus tuberkulösen Ursprunges.

(Berliner Klinik. Hft. 197.)

M. gibt in der vorliegenden Abhandlung eine sehr übersichtliche Darstellung von dem Krankheitsbilde des tuberkulösen Gelenkrheumatismus, der besonders in Frankreich zahlreiche Bearbeiter gefunden hat, dem man aber in Deutschland bisher nicht die genügende Beachtung, trotz seiner klinischen Wichtigkeit, gespendet hat. M. hält sich im wesentlichen in seiner Darstellung an die Ausführungen Poncet's und seiner Schüler, die einen artikulären und extraartikulären tuberkulösen Rheumatismus unterscheiden. Die Arbeit M.'s beschäftigt sich fast ausschließlich mit der artikulären Form des tuberkulösen Rheumatismus, die in kritischer Weise besprochen wird. Wie nach jeder Infektionskrankheit Gelenkentzündungen als Zeichen einer Allgemeininfektion auftreten, so können sich auch bei der Tuberkulose, mag

dieselbe manifest oder latent sein, Gelenkerkrankungen zeigen, die in ursächlichem Zusammenhange mit der Tuberkulose stehen und in der Regel als Toxinwirkung, aber auch als Infektionen mit abgeschwächten Erregern betrachtet werden können. Die Erscheinungsformen dieses tuberkulösen Gelenkrheumatismus sind äußerst mannigfaltig; bald tritt er als Arthralgie, bald als akuter, subakuter oder chronischer Gelenkrheumatismus auf, bald überwiegen chronisch deformierende oder zur Ankylose führende Gelenkprozesse, bald macht er sich in der Gestalt chronischer Synovitiden bemerkbar. Pathologisch-anatomisch finden sich in der Regel keine charakteristischen, spezifischen Befunde, und es lassen sich meistens nur Veränderungen konstatieren, wie man sie bei jeder anderen akuten oder chronischen Entzündung vorfindet. Die Diagnose ergibt sich aus der Anamnese, der klinischen Beobachtung und vor allem aus dem Nachweis einer bestehenden Tuberkulose. Die Prognose hängt sowohl von den Manifestationen der Tuberkulose als auch von den Gelenkveränderungen ab. Für die Therapie lassen sich keine festen Grundsätze angeben; die üblichen antirheumatischen Kuren versagen in der Regel. Allgemeinbehandlung und örtliche Therapie müssen Hand in Hand gehen. Letztere richtet sich nach den zu erfüllenden Indikationen; empfohlen werden Massage, Gymnastik, vorsichtige hydrotherapeutische Maßregeln, lokale Wärmewirkung, Einreibungen mit Cryogeninsalbe, Alkoholwaschungen usw. — Ein umfangreiches Literaturverzeichnis, größtenteils französische Autoren enthaltend, beschließt die dankenswerte Arbeit des Verf.s.

Deutschländer (Hamburg).

---

7) **J. A. Korteweg.** Kan Tendovaginitis crepitans Gevolg zijn van een Ongeval of is het steeds een Bedrijfsziehte.

(Nederl. Tijdschrift v. Geneesk. 1905. Nr. 3.)

Tendovaginitis ist meist die Folge von Überanstrengung besonders von sonst ungewohnter Handarbeit. Eine fehlerhaft ausgeführte Bewegung wird aber oft als Ursache der Tendovaginitis angegeben, wovon Verf. einige von ihm beobachtete Fälle wiedergibt. Er ist der Ansicht, daß wahrscheinlich viele Tendovaginitiden die Folge eines Unfalles sind.

E. H. van Lier (Amsterdam).

---

8) **G. P. van Trooyen.** Iets over Tendovaginitis crepitans in verband met de Ongevallenwet 1901.

(Nederl. Tijdschrift v. Geneesk. 1905. Nr. 3.)

Verf. fragt sich, ob ein plötzliches Trauma Tendovaginitis erzeugen kann, ob ein Bluterguß in den Sehnenscheiden das Gefühl von Krepitieren gibt, oder ob eine Entzündung kurz nach der Entstehung schon krepitiert.

Er untersuchte zur Lösung dieser Frage die Füße von Kälbern, welche viele Stunden lang gebunden sind, wenn sie nach dem Schlachthause gebracht werden, auch übte er ein Trauma auf die Vorderfüße

aus, ließ die Tiere einige Stunden umherlaufen und sezierte dann die Füße.

Er fand dabei niemals Krepitation, keine Entzündungserscheinungen, wohl aber immer subkutane Blutergüsse, bisweilen auch solche in den Sehnenscheiden und in ihrer Umgebung.

Verf. ist danach der Ansicht — obwohl die Experimente nicht entscheidend sind —, daß die Tendovaginitis keine Unfallerkrankung ist, daß vielmehr die Pat. durch eine plötzliche Bewegung auf Krepitieren und Schmerzen, aufmerksam werden, die als Krankheitsfolgen schon vorher bestanden hatten. **E. H. van Lier** (Amsterdam).

---

9) **P. Bockenheimer** und **F. Frohse.** Atlas typischer chirurgischer Operationen für Ärzte und Studierende. Lief. 1 u. 2.

Jena, **Gustav Fischer,** 1904/05. 24 Tafeln und erläuternder Text.

Die großen Fortschritte, welche die Technik farbiger Reproduktionen gemacht hat, gestattet es, anstelle der früheren schwarzen Bilder solche in den natürlichen Farben des Körpers herzustellen, ohne daß der Preis der Bilder zu sehr in die Höhe getrieben wird. Das haben sich die Herausgeber des auf 5 Lieferungen berechneten Atlasses zu Nutzen gemacht, indem sie eine Reihe von Operationen in Normalgröße und Normalfarben darstellen, die nach Modellen von dem Maler Franz Frohse aquarelliert worden sind. Charakteristisch für den Atlas ist außerdem, daß, nach Wiedergabe der zu allen Operationen zu verwendenden Instrumente, vor der Darstellung jeder Einzeloperation die für sie speziell erforderlichen Instrumente und Apparate abgebildet werden, daß stets mehrere Akte der Operation, hier und da selbst bis zum vollen Abschluß durch die Naht, abgebildet sind, daß die Bezeichnung der in der Wunde sichtbar werdenden Organe diesen unmittelbar beigedruckt ist, so daß man sich sofort leicht orientieren kann, daß endlich neben jeder Tafel sich der dazu gehörige beschreibende Text aus der Feder B.'s befindet, der möglichst knapp gehalten, bei komplizierteren Operationen indes auch weiter ausgeführt ist. Vorbildlich dienen überall die Regeln der v. Bergmann'schen Klinik.

In den vorliegenden Lieferungen — denen noch drei weitere folgen sollen — finden wir die Darstellung der oberen Tracheotomie, der Hemikraniotomie (auf Blatt IV scheint wunderbarerweise das Ohr durch die ihm vorgelagerte Schädeldecke hindurch), die Radikaloperation des Leistenbruches nach Bassini, die Unterbindung der A. lingualis, die Zungenexstirpation nach v. Bergmann, die Gastrostomie nach demselben, die Kehlkopfexstirpation und die Rippenresektion.

Die Darstellungen gestatten einen raschen klaren Überblick über das Operationsfeld, so daß der Studierende wie der Arzt augenblicklich sich in das Gedächtnis zurückrufen kann, was er im Operationskursus selbst geübt und in der Klinik hat ausführen sehen; und die kurzen Beschreibungen machen ihn auf das wichtigste aufmerksam, auf das er bei eigener Ausführung zu achten hat. Soweit dazu überhaupt Ab-

bildungen und Text genügen, leistet das der Atlas. Seine Ausstattung entspricht dem Rufe des Verlegers. Vollendet wird das Werk 30 ℳ kosten.

Richter (Breslau).

---

10) **O. Zuckerkandl.** Atlas und Grundriß der chirurgischen Operationslehre. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage.

München, **J. F. Lehmann**, 1905. XX u. 498 S., 46farbige Tafeln u. 309 Abbildungen im Text.

Die allgemeine Beliebtheit, deren sich die Lehmann'schen Atlanten mit ihren guten schwarzen und hübschen bunten Bildern bei verhältnismäßig niedrigem Preise zu erfreuen haben, kommt auch dem vorstehenden Atlas zu, wie sich daraus ergibt, daß er, vor 8 Jahren zum erstenmal publiziert, jetzt in dritter Auflage erscheint. Seit der Zeit hat sich die Zahl der bunten Tafeln fast verdoppelt, ist die der schwarzen Abbildungen um ein gut Teil vermehrt worden, hat auch der Text manche Bereicherung erfahren, entsprechend den Fortschritten, die auf dem Gebiete der operativen Chirurgie gemacht sind. Für ihn ist zu beachten, daß nicht von einem Lehrbuche, sondern nur von einem Grundriß die Rede ist, infolgedessen man manche Kürze entschuldigen und manche Einseitigkeit mit in den Kauf nehmen muß. Denn nicht immer ist das gerade beschriebene operative Verfahren das für Jedermann mustergültige, oder genügt die Beschreibung, eine noch nicht ausgeführte Operation zu unternehmen. Wer sich also genauer unterrichten, einzelne Fragen der Technik von verschiedenen Seiten beleuchtet sehen, auch über Indikationen zu operativen Eingriffen mehr erfahren will, muß andere Werke zu Hilfe nehmen. Doch wird sich der Atlas auch ferner viel Freunde erwerben. **Richter** (Breslau).

---

11) **R. T. Morris.** The idea of gross cleanliness in surgery, and its harmful results.

(New York med. record 1904. Oktober 1.)

Unter dieser scherzhaften Bezeichnung warnt M. vor dem »großen Reinmachen« in der Wundbehandlung. Selbst Wasser, geschweige denn antiseptische Lösungen wirken störend auf die feineren Heilungsvorgänge, auf die Epithelneubildungen und die Granulationen und stören die Leukocyten (im neuen Sinne pus laudabile), ihr bakterizides Werk zu tun. Am schlimmsten wird durch solche Wundreinigung das Endothel geschädigt; so ist bei der Appendicitis mancher Todesfall kritiklosen Sauberkeitsbestrebungen zuzuschreiben.

Loewenhardt (Breslau).

---

12) **W. J. Stone.** Formol-iodine a modified Claudius method for the preparation of catgut.

(New York med. record 1904. November 12.)

S. empfiehlt das Claudius'sche Jodcatgut, bereitet aber das Rohmaterial vorher noch für 36—48 Stunden in einer 4%igen wäß-

rigen Formalinlösung vor und wäscht es dann 12 Stunden in Wasser aus. Der Jod-Jodkalilösung kann man auch eine 5%ige sterile Boro-Glyzerinlösung oder Glyzerin zusetzen.

Das so präparierte Catgut ist brauchbar und dauerhaft.

Loewenhardt (Breslau).

---

13) **W. S. Schley.** The use of rubber tissue and boracic acid in the treatment of surface granulating wounds and especially of the varicose ulcers of the leg.

(New York med. record 1904. Juni 4.)

Die Aufpuderung von Borsäurepulver und direkte Bedeckung von Granulationsflächen mit Gummipapier nebst darauf folgendem Kompressionsverband soll zur schnellen Überhäutung führen.

Der Verband wird einmal wöchentlich, höchstens aber jeden 5. Tag gewechselt.

Loewenhardt (Breslau).

---

14) **D. A. San Martin.** La insuflacion nasofaringea en la anestesia general.

(Revista de med. y cir. pract. de Madrid Nr. 865.)

Indem M. die verschiedenen Methoden der allgemeinen Anästhesie bespricht, gelangt er zu einer entschiedenen Empfehlung der Chloroformnarkose, mit der man in Spanien weitaus bessere Statistiken erzielt hat, als in anderen Ländern. Nach M. soll in dem ganzen verflossenen Jahrhundert nur ein einziger wirklicher Chloroformtod während der Operation in Spanien beobachtet worden sein. M. hat selbst in 20jähriger klinischer Lehrtätigkeit einen einzigen Fall, und diesen 14 Stunden nach der Operation unter apoplektiformen Symptomen verloren. Die Ursache dieser so günstig lautenden Resultate sollen einmal in dem Umstande liegen, daß der Alkoholismus im Vergleiche mit Nord- und Zentraleuropa in Spanien weitaus weniger verbreitet ist; ebenso soll die Höhenlage des Landes eine Rolle spielen, und weiter wird von M. angeführt, daß er es für einen sehr wichtigen prophylaktischen Faktor hält, daß die Narkose erst dann begonnen wird, wenn der Operateur die vorhergehende Operation vollkommen zu Ende geführt hat, und daß die Leitung der Narkose stets einem Spezialisten dieser Tätigkeit anvertraut ist. Was die Technik der Narkose betrifft, so empfiehlt M. die Einatmung durch die Nase mit Hilfe eines kleinen Ansatzes zum Einführen in die Nasenlöcher und eines Schlauches mit Gummiblase, wie sie sonst beim Paquelin Verwendung findet. Um beide Hände frei zu haben, kann der Narkotiseur das Einblasen der Chloroformdämpfe durch einen auf dem Boden liegenden kleinen Blasebalg besorgen, der mit dem Fuße bedient wird. Ganz besonders wird noch der Umstand gelobt, daß die Einführung des kleinen Ansatzes in die Nase bei jeder beliebigen Lagerung des Pat. in gleicher Weise gut möglich ist.

Stein (Wiesbaden).

---

*



15) **J. T. Gwathmey.** Experiments to determine the value of oxygen in combination with the different general anaesthetics.

(New York med. record 1904. November 19.)

Daß Sauerstoff die Sicherheit jedes Narkotisierungsmittels erhöht, ohne seine Wirksamkeit zu beeinträchtigen, ist eine Tatsache, welche durch eine ganze Reihe von Experimenten an Katzen bei den verschiedensten Mitteln von G. erhärtet wurde.

Loewenhardt (Breslau).

---

16) **A. Cernezzi** (Cittiglio). Über die Leitungsanästhesie mit Stowain und mit der Stowain-Adrenalinmischung.

Nach den Mitteilungen von Lannoy und Billon, Réclus, Huchard, Chaput und Pouchet in der Medizinalakademie zu Paris habe ich experimentelle und klinische Untersuchungen über die neue Stowainanästhesie angestellt und besonders über den Gebrauch der Stowain-Adrenalinmischung in der Chirurgie.

Stowain oder Amyleinhydrochlorat, von Forneau hergestellt, wirkt bei Kaninchen in subkutanen Einspritzungen giftig erst in einer Dosis von 18—20 cg pro Kilogramm Tier; beim Menschen dürfte es höchstens ein Drittel der Giftigkeit von Kokain zeigen, das es zu ersetzen bestimmt ist. Da man es in großer Menge anwenden kann, wird man mit seiner Hilfe langwierige Operationen ausführen können, die bisher die Chloroformnarkose erforderten.

Kendirdjy und Berthaux haben Stowain zur Lumbalanästhesie, Dubar, de Bernmann und de Lapertonne in der Oto-Rhino-Laryngologie, Dermatologie und Augenheilkunde angewendet, ohne irgendeine Vergiftungserscheinung. Ich habe das Mittel bei ca. 60 Operationen angewendet, ohne ein unangenehmes Phänomen zu bemerken und habe Lokalanästhesie wie mit Kokain erzielt. Da aber Stowain gefäßerweiternd wirkt, so wird man ihm mit noch größerem Vorteil als beim Kokain (Braun) Adrenalin zusetzen, wie ich es bei den Operationen tue. Die beste Mischung ist jene von einem Tropfen der 1‰igen Lösung Adrenalin (ich brauche die der Firma Parke Davis & Co. in London — 16 Tropfen entsprechen 1 mg von Adrenalin) und von 2 ccm einer 0,50%igen Lösung von Stowain im Wasser oder in physiologischer Kochsalzlösung. Solche Mischung ist, wie ich durch Versuche geprüft habe, nicht so giftig wie die einfache Stowainlösung, sie verlängert die Dauer der Anästhesie, vermeidet die Gefäßerweiterung, macht die Unempfindlichkeit vollständig und erlaubt auch, entzündliche Gewebe zu anästhesieren. Mit ihr habe ich Laparotomien, radikale Bruchbehandlungen, Entfernungen von Geschwülsten, Nephropexien, Hydrokele- und Varikokeleoperationen usw. ausgeführt mit vortrefflichem Resultat und mit großen Vorteilen gegenüber allen bisher bekannten Lokalanästhesien. Wenn man die Dosis von 40 bis 50 cg von Stowain und von 1 mg von Adrenalin nicht überschreitet,

so hat man weder Vergiftungserscheinungen noch Ernährungsstörungen in den eingespritzten Geweben zu fürchten.

Da Alkalien Stowain aus Lösungen niederschlagen, muß man sie beim Kochen der Spritze und der Nadeln vermeiden; übrigens ist Stowain für sich selbst antiseptisch, kann aber auch im Dampfsterilisator während 20 Minuten auf 120° erhitzt werden, ohne sich zu zersetzen.

Was die allgemeine Technik der Einspritzungen und was die spezielle für einzelne Operationen betrifft, verweise ich auf das bekannte Werk von Réclus über die Kokainanästhesie, weil dessen Regeln auch für Stowain gelten.

Meine klinischen und experimentellen Erfahrungen erscheinen in der »Riforma medica«; sie dürften die Vorteile der Stowain-Adrenalinmischung für die Lokalanästhesie nachweisen und zu einer Nachprüfung anregen. (Selbstbericht.)

---

17) **S. G. Gant.** Sterile water anaesthesia in the operative treatment of anorectal disease, with a summary of three hundred and twenty cases.

(New York med. record 1904. Oktober 29.)

In ausgedehnter Weise verwendet G. Lokalanästhesie mit sterilem Wasser bei Operationen in der Mastdarmgegend. Seine Mitteilung betrifft Fissuren, Ulzerationen, Hämorrhoiden, Polypen, Vorfälle, Fisteln, Abszesse, Cysten, Geschwülste, aber auch größere Operationen, wie Kolostomie und explorative Laparotomien.

Verf. rühmt besonders das Ausbleiben des Nachschmerzes und der sekundären Blutungen, sowie jeder Intoxikationserscheinungen gegenüber den medikamentösen Lokalanästheticis. Für kleine hämorrhoidale Knoten wird im Durchschnitt etwa eine Pravazspritze Flüssigkeit gebraucht, für größere Eingriffe 2—15 ccm.

Loewenhardt (Breslau).

---

18) **Spies.** Die Erzeugung und die physikalischen Eigenschaften der Röntgenstrahlen.

(Moderne ärztl. Bibliothek. Berlin 1904. 45 S.)

In leicht faßlicher Weise führt Verf. den Leser in das Verständnis des Wesens der Röntgenstrahlen ein, indem er, von der Strahlung im allgemeinen ausgehend, auf die Röntgenstrahlen überleitet. Diesem Zwecke dienen die drei ersten Kapitel. In drei weiteren Kapiteln bespricht Verf. die Quelle zur Erzeugung der Röntgenstrahlen und empfiehlt als zweckmäßigste eine elektrische Zentrale, weniger eine Akkumulatorenbatterie. Als Induktor empfiehlt er einen solchen mit 40—50 cm Funkenlänge mit Walterschaltung und Wehneltunterbrecher. Daneben werden auch die bekannten anderen Unterbrecher näher beschrieben. Anschließend an elektrische Entladungen in luftverdünnten Räumen (Geissler, Plücker) beschreibt Verf. weiter die

Entstehung und die Eigenschaften der Röntgenstrahlen. Zuletzt spricht er noch über die Eigentümlichkeiten der Röntgenröhren und die praktische Verwendung der Röntgenstrahlen. **Gaugele** (Breslau).

---

19) **Marckwald.** Über Becquerelstrahlen und radioaktive Substanzen.

(Moderne ärztl. Bibliothek. Berlin 1904. 30 S.)

Das vorliegende kleine Werkchen dürfte jedem Arzte dringend zu empfehlen sein, nachdem die Becquerelstrahlen bereits unter unsere therapeutischen Hilfsmittel aufgenommen worden sind. Verf. beschreibt zunächst die Entdeckung dieser Strahlen, im Anschluß daran die verschiedenen radioaktiven Stoffe, mit denen bisher hauptsächlich experimentiert wurde (Uran mit seinen Derivaten, Polonium, Radium, Thorium; endlich Radiotellur, letzteres besonderes vom Verf. näher untersucht). Weitere Kapitel setzen uns in äußerst klarer, allgemein verständlicher Weise die Eigenschaften der Becquerelstrahlen näher auseinander, dann die chemischen Wirkungen der einzelnen Strahlen, ihre Phosphorescenz- und elektrischen Erscheinungen, endlich ihre Wärme- und physiologischen Wirkungen. In den letzten Kapiteln bespricht Verf. zunächst die eigentümliche Erscheinung der sog. Emanation; wahrscheinlich ist letztere ein »indifferentes Gas«, welches bei Berührung mit anderen Gegenständen letztere vorübergehend zu aktivieren vermag. Die Erklärung der Radioaktivität beruht vorläufig noch vollkommen auf Hypothesen. **Gaugele** (Breslau).

---

20) **Exner.** Zur Kenntnis der biologischen Wirksamkeit der durch den Magneten ablenkbaren und nicht ablenkbaren Radiumstrahlen.

(Sitzungsberichte der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften in Wien. Mathem.-naturw. Klasse Bd. CXIII. Abt. III. 1904. Mai.)

E. hat die ablenkbaren und nicht ablenkbaren Radiumstrahlen 18³/₄ Stunden auf Mäuseschwänze einwirken lassen und dabei bei beiden annähernd die gleiche Wirkung erzielt (flache Ulzeration und Haarausfall an den bestrahlten Partien nach 20 Tagen). Diese Tatsache ist dadurch bemerkenswert, daß der größte Teil der Radiumstrahlen durch den Magneten ablenkbar ist, der kleinere nicht, und trotzdem beide Komponenten annähernd die gleiche biologische Wirkung ausüben. **Dettmer** (Bromberg).

---

21) **Heineke.** Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe.

(Mitteilungen aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe ist noch außerordentlich wenig bekannt. Die Untersuchungen **London's** über die Einwirkung von Radiumstrahlen auf Mäuse veranlaßten H.

in ähnlicher Weise die Wirkung der Röntgenstrahlen zu untersuchen, da ja beide Strahlenarten manche Ähnlichkeit in der Beeinflussung tierischer Gewebe haben. H. machte über 130 Versuche an Mäusen, Meerschweinchen und Kaninchen. Es ergab sich, daß Mäuse, junge Meerschweinchen und Kaninchen durch mehrstündige Röntgenbestrahlung regelmäßig, und zwar durchschnittlich nach Ablauf von 8 Tagen, getötet werden. Die Tiere sterben zu einer Zeit, in der, abgesehen von leichtem Haarausfall und geringer Schmerzhaftigkeit der zunächst getroffenen Hautstellen, keine makroskopisch sichtbaren Hautschädigungen zur Entwicklung kommen. Ältere ausgewachsene Meerschweinchen und Kaninchen dagegen gehen auch nach noch so langer Bestrahlung erst durch Vermittlung einer ausgebreiteten Hautnekrose nach längerer Zeit zugrunde. Ganz regelmäßig fanden sich folgende Veränderungen: 1) In der Milz geht ein großer Teil der Zellen zugrunde, in erster Linie die Lymphocyten in den Follikeln wie in der Pulpa, die Riesenzellen, die polynukleären Leukocyten und wahrscheinlich auch die eosinophilen Zellen; das Milzpigment ist stark vermehrt. 2) In den Lymphdrüsen wie in den Follikeln des Darmkanales geht der größte Teil der Lymphocyten in- und außerhalb der Follikeln zugrunde. 3) Im Knochenmark erfolgt eine weitgehende Rarefizierung der spezifischen Zellen. Diese Reaktion der lymphoiden Organe stellt ohne Zweifel eine spezifische Wirkung der Röntgenstrahlen dar und hat die Eigentümlichkeit, daß sie sehr schnell, schon nach etlichen Stunden, ohne vorhergehende Latenzzeit, eintritt, sehr stürmisch verläuft, frühzeitig beendet ist, zu keiner Nachwirkung führt, und daß das Zerstörte schnell wieder hergestellt wird. Die guten Erfahrungen, die am Menschen bei Leukämie und Pseudoleukämie bisher mit den Röntgenstrahlen gemacht worden sind, finden dadurch ihre Erklärung.

Was die Todesursache betrifft, so scheint dieselbe keine einheitliche zu sein; zum Teil ist die Hautschädigung, zum Teil die Veränderung der lymphoiden Organe daran Schuld. So sind H.'s Untersuchungen geeignet, unsere Kenntnisse über die physiologischen Wirkungen der Röntgenstrahlen sehr wesentlich zu bereichern.

Haeckel (Stettin).

---

22) **L. Halberstaedter.** Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Ovarien.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 3.)

H. hat bei Kaninchen die eine Bauchseite bestrahlt, während die andere mit Bleiplatten geschützt wurde: mittelweiche Kühlröhre, Walterskala 6, Entfernung 12 cm (Spiegel bis vordere Bauchwand), Dauer $1/2$ Stunde, Holzknecht'sche Kapsel 6—8 H. Diese Bestrahlung wurde nach einigen Tagen in derselben Weise wiederholt, Tiere nach verschieden großen Zeitabständen getötet und die Eierstöcke exstirpiert. Bei einer Anzahl von Tieren überzeugte sich Verf. vor oder unmittelbar nach der ersten Bestrahlung resp. einige Tage

später durch eine Autopsie in vivo von dem Zustande beider Ovarien. Es ergab sich, daß die bestrahlten Eierstöcke bedeutend an Größe abnahmen. Histologisch konnte der schon makroskopisch deutlich wahrnehmbare Schwund der Follikel bestätigt werden. Nach etwa 15 Tagen waren die Graaf'schen Follikel völlig geschwunden. Ob solche Eierstöcke dauernd die Fähigkeit verloren haben, Graaf'sche Follikel zu bilden, müssen spätere Untersuchungen und vor allem der funktionelle Versuch entscheiden. Da bei den Tieren keine stärkere Schädigung der Haut konstatiert werden konnte, ist anzunehmen, daß die Eierstöcke eine bedeutend größere Empfindlichkeit für Röntgenstrahlen besitzen als die Haut. Deshalb sind weibliche Gehülfen in Röntgenlaboratorien in entsprechender Weise zu schützen; bei therapeutischen Bestrahlungen der Bauchgegend bei Frauen ist daran zu denken, daß event. eine Schädigung der Eierstöcke eintreten kann.

Langemak (Erfurt).

---

23) **Beck.** Röntgen ray diagnosis and therapy.

New York and London, **D. Appleton and Co.,** 1904. 460 S. 322 Illustrationen im Texte.

Das Werk B.'s zerfällt in drei Hauptteile: Der erste, allgemeine Teil behandelt die Röntgenapparate und die Technik der Röntgographie. Die deutschen Röhren, speziell die von Gundelach und Müller erkennt Verf. als die besten an. Um den Härtegrad der Röhre zu messen, hat B. sich einen eigenen »Ostoskope« konstruiert, bei welchem ein Armskelett als vergleichendes Durchleuchtungsobjekt benutzt wird. Ferner hat Verf. eine einfache, leicht handliche Blende angegeben.

Im zweiten Teile bespricht Verf. die Untersuchung der einzelnen Körperteile mit Röntgenstrahlen des näheren. Einige Kapitel, wie die Röntgendiagnostik der Schulterblatt- und Wirbelerkrankungen, sind leider zu kurz behandelt. Um so interessanter sind seine Angaben über die Cholelithiasis. Bekanntlich ist es B. 1899 zuerst gelungen, Gallensteine röntgographisch zu diagnostozieren. Er beschreibt nun genau seine Technik, welche es ermöglicht, deutliche Bilder von Gallensteinen durch Skiagraphie zu erhalten, wie die beigegebenen Reproduktionen auf das schönste beweisen (Bild 75—77). Sämtliche Kapitel des zweiten Teiles hat Verf. durch Bilder eigener Fälle auf das reichste illustriert.

Der letzte Teil ist der therapeutischen Verwendung der Röntgenstrahlen gewidmet und berichtet über die günstigen Resultate, die Verf. selbst erreicht hat. Im Anschluß daran bespricht er noch kurz die Becquerel- und Radiumstrahlen, endlich die Lichttherapie nach Finsen.

Das äußerst reichhaltige und bestillustrierte Buch kann jedem Arzte auf das angelegentlichste empfohlen werden.

Gaugele (Breslau).



24) Belot. La radiothérapie dans les affections cutanées.

(Ann. de dermatol. et de syphil. 1904. p. 369.)

Aus der umfangreichen Arbeit des auch in der deutschen Literatur sehr belesenen Verf.s seien nur einige Punkte angeführt. Bei der Hypertrichosis ist der Erfolg selbst bei sehr langer Behandlung (1—2 Jahre) zweifelhaft. Dagegen ist die Radiotherapie bei Trichophytie allen früheren Methoden wegen der Schnelligkeit und Schmerzlosigkeit überlegen, weniger beim Favus. Gute Resultate erzielte Verf. ferner bei Folliculitis barbae (Sykosis). Zur Anregung des Haarwachstum bei Trichophytia tonsurans und Alopecie empfiehlt sich die Röntgenbehandlung weniger, ebenso wie bei Akne, Psoriasis. Günstige Beeinflussung wurde konstatiert bei Keloiden, Sklerodermie, pruriginösen Dermatosen, gewissen Ekzemformen und Lichen ruber; Besserungen bei Lepra. Die Lupusbehandlung wird ausführlich besprochen. Bei Lupus erythematodes gibt es auch nach des Verf.s Ansicht keine besseren Erfolge als mit anderen Methoden. Auffallend günstig ist die Wirkung auf die Geschwülste bei Mycosis fungoides, bei manchen Fällen von Sarkom (chirurgischer Eingriff vorzuziehen). Über die Behandlung der Hautkarzinome sagt Verf.: die Radiotherapie heilt die meisten Fälle, macht schöne Narben und scheint mehr vor Rezidiven zu schützen als andere Verfahren. Wenig günstige Erfolge zeigten sich bei Zungen- und Schleimhautkarzinomen und Brustkrebs. Bei Naevi ist die Elektrolyse vorzuziehen, Warzen werden günstig beeinflußt. Am Schluß gibt Verf. ein sehr langes Literaturverzeichnis.

Klingmüller (Breslau).

---

25) Tuffier. Radiothérapie dans le cancer.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1078.)

T. berichtet unter Mitteilung von Krankengeschichten seine Erfahrungen über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf Karzinom. Er kommt zu folgenden Schlußsätzen:

Die Hautcancroide des Gesichts können durch Röntgenbestrahlung gebessert, anscheinend sogar geheilt werden. Die sekundären Geschwülste, Hautmetastasen bei Mammakarzinomen, können örtlich zum Rückgang gebracht werden, ohne daß dem allgemeinen Fortschreiten Einhalt getan wird. Tiefsitzende Geschwülste werden in ihrem Verlaufe durch X-Strahlen überhaupt nicht beeinflußt.

Reichel (Chemnitz).

---

26) S. Tousey. The treatment of tuberculosis of the larynx and of the prostate gland by the X-ray, high-frequency currents, and the Cooper-Hewitt light.

(New York med. record 1904. September 3.)

Nach einer längeren Literaturübersicht gibt T. seiner Erfahrung dahin Ausdruck, daß bei dem augenblicklichen Stand unserer Kenntnis die Anwendung von X-Strahlen oder des ultravioletten Lichtes

und hochgespannter Ströme in jedem Falle von Tuberkulose indiziert ist.

Das spezielle Instrumentarium für Prostata und Kehlkopf muß von Interessenten im Originale nachgesehen werden.

Loewenhardt (Breslau).

---

27) **K. Jooss.** Zur Therapie des Ulcus molle.

(Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene Jahrg. I. Hft. 11.)

Verf. empfiehlt bei schweren Fällen, namentlich wenn die Lymphdrüsen beteiligt sind, einen feuchten Verband (Borsäure oder destilliertes Wasser), nachdem event. die Wunde mit Jodoform oder einem Ersatzmittel bestreut worden ist. Der feuchte Verband wird durch einen über den Penis gezogenen, mit Bindentouren fixierten Kondom gehalten. Entsprechend der Harnröhrenmündung wird eine kleine Öffnung in die Spitze des Kondoms geschnitten.

Diese Art des Verbandes kommt nur bei kleiner oder Fehlen der Vorhaut in Frage, oder bei Sitz des Ulcus molle an Stellen, die durch die Vorhaut nicht bedeckt werden können.

Willi Hirt (Breslau).

---

28) **M. Dunlop.** Syphilitic synovitis in children.

(Edinburgh med. journ. 1904. Dezember.)

Unter eingehender Berücksichtigung der Literatur entwirft Verf. auf Grund von 16 behandelten Fällen ein treffliches Bild dieser im Kindesalter bei angeborener Syphilis auftretenden Gelenkerkrankung, welche entweder als Folge einer Epiphysitis luetica oder primär als Synovitis in einem oder in mehreren Gelenken beobachtet wird. Das Kniegelenk war am häufigsten befallen. Gewöhnlich tritt neben der Schwellung der Synovialis, welche, mit Bildung glasiger, schwammiger Granulationen einhergehend, eine tuberkulöse Affektion vortäuschen kann, eine Verdickung der Knochen mit ein, an die sich andere pathologische Zustände, wie die rarefizierende Osteitis oder die Osteo-Chondroarthritis anschließen. Als ckarakteristisch für die Erkrankung werden aufgeführt: der schleichende Beginn des Leidens, der chronische Verlauf, die symmetrische Verbreitung, das Fehlen jeglicher Schmerzen und die Beweglichkeit der Gelenke bei passiver Bewegung, das Auftreten anderer syphilitischer Erscheinungen, der Einfluß, welcher durch die Therapie ausgeübt wird. Unter den hinzutretenden anderen syphilitischen Erkrankungen nimmt die Keratitis den ersten Platz ein, erst dann folgen Periostitis, absolute Taubheit, Hutchinson'sche Erkrankung der Zähne. Letztere konnte unter den 16 Fällen nur 2mal nachgewiesen werden. 4 Abbildungen sind der Arbeit beigefügt.

Jenckel (Göttingen).

---

29) **Honcamp.** Zur Therapie der Impetigines.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXIX. Nr. 12.)

Nach Entfernung der Bläschen oder Borken wird das Chinolin-Wismut-Rhodanat (Crurin-Edinger), bei stärkerem Brennen mit gleichen Teilen von Amylum gemischt, mit einem Holzspatel aufgestreut. Heilung ohne Verband in 3—4 Tagen.

Jadassohn (Bern).

---

30) **F. Weitlauer.** Dermatotherapeutische und urologische Beobachtungen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXIX. Nr. 10.)

Verf. empfiehlt 1) Mesotanöl (Mesotan und Oleum olivarum āā) täglich am Morgen in geringer Menge auf die Fußsohlen verreiben zu lassen, um lästige Fußschweiße in sehr bequemer und nicht reizender Weise zu behandeln. 2) Er hat mit großem Vorteil den offizinellen 10%igen Kampferspiritus gegen »Seborrhoea capitis, Seborrhoea sicca, Alopecia pityrodes« verwendet. 3) Bei der Strikturbehandlung hat auch bei großer Disposition zu Urethralfieber das Urotropin (dreimal 0,5) die Temperatursteigerungen verhindert.

Jadassohn (Bern).

---

31) **J. Bloch.** Bemerkungen über Thigenol.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 1.)

Das Thigenol hat sich dem Verf. besonders bei akuten Ekzemen (als 10—20%ige Salbe und Paste), als Antipruriginosum, bei chronischen Ekzemen (20—40%ige Salbe oder Paste oder rein), bei Alopecia seborrhoica (8%iger Spiritus) bewährt. **Jadassohn** (Bern).

---

32) **M. Porosz.** Das Tonogen suprarenale sec. Richter. Adstringens und Anästhetikum in der Urologie und Dermatologie.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXIX. Nr. 11.)

Das von dem Budapester Apotheker Richter hergestellte Tonogen besteht aus: Wasser 100, Nebennierenextrakt 0,1, Chloreton 0,5, ClNa 0,7. P. fand seine Wirkung dem Parkes'schen Adrenalin »zumindest gleichwertig«. Bei akutem Tripper nimmt die Eiterung schnell ab, nicht aber der Gonokokkengehalt (Einspritzungen einer 5- bis 10%igen Lösung der 1‰igen Originallösung). Gut ist der Erfolg bei postgonorrhoischem Katarrh (10—33%ige Lösung, ja selbst diese unverdünnt in die Urethra anterior und posterior eingespritzt, event. mit Crurin gemischt). Bei Prostatahypertrophie traten namentlich nach stärkeren Lösungen heftige Schmerzen auf; doch wird der Harndrang beruhigt. Tonogensuppositorien (zu 4 cg) bewährten sich bei Urethrocystitis, hämorrhoidalen Blutungen und Mastdarmentzündung. Mit Alumen ustum pulverisatum gemischt (1 : 1000) stillte Tonogen die Blutungen nach Entfernung von Warzen und spitzen Kondylomen.

Jadassohn (Bern).



33) **L. Kleinwächter** (Czernowitz). Zur Ätiologie des Prolapses der weiblichen Urethra.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LII. Hft. 1.)

K., welcher über das vorliegende Thema schon früher Studien angestellt hatte, vertritt auch in seiner neuen Veröffentlichung den Standpunkt, daß verschiedene Ursachen zur Entstehung eines Harnröhrenvorfalles beim Weibe führen können. Es handelt sich zuweilen um eine durch Angiome bedingte Hyperplasie der Schleimhaut, wie Sipila in seinen Fällen nachwies; aber auch ungeschickte Kohabitationen können indirekt durch Dehnung das Orificium urethrae zum Prolaps führen; jedes übermäßige Pressen bei starkem Urindrang oder bei der Geburt treibt alsdann die Harnröhrenschleimhaut durch den erschlafften Sphinkter in Gestalt eines kugligen, blauroten Wulstes. Einen klassischen Fall dieser Art beschreibt K. in seiner Arbeit. Der Prolaps wurde unter lokaler Kokainanästhesie umschnitten und abgetragen.

Kroemer (Gießen).

---

34) **Genevoix.** Les urétrites chez les petits garçons.

(Thèse de Paris 1904. — Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 1.)

Die Harnröhrenentzündungen nicht gonorrhoischen Ursprunges beruhen häufig auf Tuberkulose, ferner auf einer metastatischen Lokalisation im Verlauf einer Infektionskrankheit, z. B. bei Ohrgeschwüren, weiterhin auf Diathesen, wie Gicht und Skrofulose, auf Ausbreitung von Impetigo, Ekzem usw. der äußeren Genitalien auf die Harnröhre, auf Fremdkörpern der Harnröhre und Konkretionen im Vorhautsacke, schließlich auf traumatischen Einflüssen und auf Masturbation. Die klinischen Erscheinungen können genau die gleichen sein wie bei echter Gonorrhöe, der häufigsten Ursache von Harnröhreneiterung bei kleinen Knaben. Am häufigsten erfolgt die Infektion durch Berührung mit gonorrhoisch verunreinigter Wäsche usw., selten durch Koitus zwischen Kindern, häufiger durch Sittlichkeitsvergehen an Knaben. Die örtlichen entzündlichen Erscheinungen im akuten Stadium: ödematöse Schwellung und Rötung der Vorhaut und Eichel, sind meist sehr hervortretend. Cystitiden, Nebenhodenentzündungen, spätere Strikturen, Gelenkerkrankungen, Verallgemeinerung der gonorrhoischen Infektion wurden von schweren Komplikationen beobachtet.

Mohr (Bielefeld).

---

35) **H. H. Morton.** Perineal prostatectomy, with report of ten cases.

(New York med. record 1904. Oktober 8.)

M. hält im allgemeinen die suprapubische Prostatektomie der perinealen unterlegen.

Die publizierten zehn Fälle betrafen meist schwerkranke Pat. und nur Leute in hohem Alter.

Mit Recht weist Verf. darauf hin, daß man doch schon seit einer Reihe von Jahren an der Vervollkommnung dieser Operation arbeite

und namentlich von einigen amerikanischen Autoren, wie Belfield, Bryson, Alexander u. a. Publikationen vorliegen.

Loewenhardt (Breslau).

---

36) **Proust.** Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies totales.

(Bulletin médical 1904. p. 945.)

Bisher sind 813 Fälle von perinealer Prostatektomie mit 58 Todesfällen innerhalb des ersten Monates nach der Operation bekannt. Todesfälle in direktem Anschluß an die Operation durch Blutung, Chok und Infektion sind sehr selten, häufiger dagegen im weiteren Verlaufe durch Herz- und Lungenkomplikationen, Hirnembolie, Nephritis usw., also als Folge des bereits sehr schlechten Allgemeinzustandes zur Zeit der Operation. Als sonstige postoperative Komplikationen kommen in Betracht: Mastdarm-Harnröhrenfisteln infolge Mastdarmverletzung, ferner Dammfisteln, Incontinentia urinae, gewöhnlich vorübergehender Natur, seltener Schwierigkeiten beim späteren Katheterisieren. Die Vernichtung der Zeugungsfähigkeit ist die Regel. Was die Miktion betrifft, so ist der therapeutische Erfolg am auffallendsten bei der chronischen vollständigen Urinretention, viel weniger konstant bei der chronischen unvollständigen Retention.

Bei der transvesikalen Prostatektomie ist die paraurethrale Ausschälung der Drüse der totalen Entfernung mitsamt der Harnröhre bei weitem vorzuziehen. Die Mortalität von 29 auf 244 Beobachtungen, also 12%, ist höher als bei der perinealen Operation (7,13%), und zwar weil die transvesikale Operation weniger typisch und mit mehr Zwischenfällen als die perineale verläuft, die suprapubische Drainage weniger wirksam ist als die cystoperineale, und die Operationswunde andauernd mit dem Urin in Berührung tritt. Dagegen sind die postoperativen Komplikationen bedeutend seltener als bei der perinealen Operation. Das therapeutische Resultat ist eher noch günstiger als bei der perinealen Operation.

Die Indikationen zur Prostatektomie ergeben sich zunächst aus dem Entwicklungsgange der Erkrankung. Der beste Zeitpunkt für die Operation ist der, wo an die Stelle rein kongestiver Störungen mechanische treten und die Retention beginnt. Bei der akuten Retention kommt die Operation nur dann in Frage, wenn die Krisen sich häufig wiederholen oder die normale Harnentleerung nur sehr langsam wieder eintritt. Bei der chronischen Retention sollte operiert werden, wenn der Katheterismus, z. B. infolge falscher Wege, schwierig wird oder ein aseptisches Katheterisieren aus irgendwelchen Gründen nicht zu erreichen ist. Bei Prostatavergrößerung ohne Retention solle man nur bei bestimmten Komplikationen: Blutung, Schmerzen, schwerer Cystitis operieren; bei Retention ohne fühlbare Vergrößerung kann die Entfernung selbst sehr kleiner Drüsen guten Erfolg haben. Bei Vergrößerung und gleichzeitiger Retention ist die Operation immer angezeigt, wenn die Symptome der Infektion oder Intoxikation sich zeigen.

Weder das Alter, noch der schlechte Allgemeinzustand, noch der Zustand der Blase und der Nieren bilden eine Gegenanzeige gegen die Operation. **Mohr** (Bielefeld).

37) **Kraus** (Wien). Über den suprasymphysären Kreuzschnitt nach Küstner.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LII. Hft. 3.)

K. berichtet über 61 Laparotomien, bei welchen der suprasymphysäre Kreuzschnitt zur Anwendung kam. Küstner hat denselben bekanntlich angegeben, zurzeit aber wieder verlassen. Die suprasymphysäre Queröffnung, deren Vorteile für den Beckenchirurgen von Küstner und Pfannenstiel hinreichend klargelegt worden sind, wird von K. hauptsächlich aus kosmetischen Gründen bevorzugt. Die Narbe wird in den Schamhaaren unsichtbar. Der Querschnitt soll für alle gutartigen Neubildungen des Uterus und seiner Anhänge zur Anwendung kommen. Sämtliche 61 Frauen sind ohne Hernie genesen, etwas, was sehr für den suprasymphysären Eröffnungsschnitt spricht. — Dies deckt sich mit den Erfahrungen Pfannenstiel's, welcher mit seinem Schnitt 127 Laparotomien ohne Todesfall und weit über 250 ohne Hernienbildung erzielt hat. Die polemischen Auslassungen des Verf.s gegen den suprasymphysären Fascienquerschnitt, welcher die von K. für den Kreuzschnitt extra betonten Vorteile in gesteigertem Maße besitzt, wirken nach alledem wenig überzeugend und scheinen dem Ref. zu wenig objektiv. **Kroemer** (Gießen).

38) **A. H. Goelet.** The gynecological importance of prolapsed kidney.

(New York med. record 1904. Oktober 22.)

G. macht im weiten Sinne die Wanderniere für allgemeine Kongestions- und Entzündungszustände bei Frauenleiden mit verantwortlich. Beim Herabsteigen wird die Ovarialvene, welche längs der Wirbelsäule heruntergeht, komprimiert und der Rückfluß behindert, besonders wenn das Korsett oder sonstige Einschnürung der Taille mitwirkt. Einige Beispiele werden angeführt und erwähnt, daß in 75% aller Lageanomalien der Niere Entzündung entweder des Beckens oder des Parenchyms festgestellt werden konnte.

Verf. hat 197 Nephropexien (darunter 47 doppelseitige) ohne Todesfall ausgeführt. **Loewenhardt** (Breslau).

39) **Hofmeier.** Über angeborene und erworbene Verschlüsse der weiblichen Genitalien und deren Behandlung.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LII. Hft. 1.)

Die Arbeit H.'s, welche durch klare Zeichnungen die einzelnen Fälle instruktiv erläutert, bringt den Beweis, daß das konservative Verfahren für erworbene und angeborene Verschlüsse der weiblichen Geschlechtsteile durchführbar ist, ein Standpunkt, welchen bereits



Pfannenstiel und Halban vertraten. Wenn der Versuch, von der Scheide aus die Atresie zu durchtrennen und die Verbindung zwischen den getrennten Bezirken herzustellen, mißlingt, hält H. das von Pfannenstiel inaugurierte Verfahren für rationell. Es wird alsdann vom Bauch her — eventuell nach Ablösung der Blase — der verschlossene Uterus eröffnet, und der neu geschaffene Muttermund nach Bohrung eines neuen Weges nach unten mit dem Scheidenblindsacke bezw. mit der eingestülpten, verlängerten Vulvatasche vereinigt. Die Zukunft muß lehren, ob der neu geschaffene Genitalschlauch alle Funktionen, auch bei Schwangerschaft und Geburt, zu übernehmen imstande ist. Hinsichtlich der Ätiologie vertritt H. die Anschauung, daß auch bei angeborenen Entwicklungsanomalien, so z. B. bei Verdoppelung des Uterus, der Verschluß eines oder beider Uteri entzündlich erworben sein kann. Auffällig und mit der Theorie von Nagel und Veit nicht ganz vereinbar bleibt nach H. die Tatsache, daß bei sicher entzündlich erworbener Atresie nur eine Hämatometra ohne Hämatosalpinx sich ausbildet, und daß die Tuben frei von allen entzündlichen Veränderungen bleiben können. **Kroemer** (Gießen).

---

40) **Asch.** Sind Rezidive durch eine Methode der Prolapsoperation zu verhüten?

(Separatabdruck a. d. Verhandl. der Deutschen Gesellsch. f. Gynäkologie 1903.)

A. führt aus, daß als Rezidiv nicht gelten kann, wenn der Erfolg der Plastik erst nach einer neuen Entbindung wieder zurückgeht, bis dahin aber ein guter gewesen ist. Nur beim Wiedereintritt einer Retroversion muß man auch nach erneuter Entbindung von einem Rezidiv sprechen. Stets muß bei der Operation neben den scheidenverengernden Plastiken und dem Wiederaufbau des Dammes die dauernde Richtiglagerung des Uterus gewährleistet werden. A. bevorzugt dazu die Verkürzung der Ligamenta rotunda. Dabei darf der Uterus aber nicht, wie Vortr. schon öfters betont hat, der Symphyse soweit wie möglich genähert werden, sondern er muß der sich füllenden Blase ausweichen können. Dann legt A. großen Wert darauf, daß die Portio erhalten bleibt und nicht amputiert wird. Eine sich nach den Verhältnissen richtende Plastik der Cervix soll an die Stelle der Amputation treten.

Einer besonderen Operationsmethode als solcher redet A. nicht das Wort, die Methode soll vielmehr dem Einzelfall angepaßt werden. Die Allgemeinbehandlung, möglichste Beseitigung der Schädlichkeiten, ist nicht zu vergessen.

Was A.'s Resultate betrifft, so sind von 199 operierten Frauen 94% rezidivfrei geblieben, 98,5% sind völlig arbeitsfähig geworden.

E. Moser (Zittau).

---

41) **V. Meyer** (Leipzig). Über Adenomyoma uteri.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LIII. Hft. 1.)

Verf. bringt eine kritisch referierende Studie über die modernen Anschauungen betreffs der Histogenese der Adenomyome. Die Strukturverhältnisse dieser Geschwülste, ihre anatomischen und klinischen Eigentümlichkeiten sind durch v. Recklinghausen u. W. A. Freund bereits so klassisch geschildert worden, daß die Nachuntersucher (vor allem L. Pick und R. Meyer-Berlin) nur wenig Neues hinzufügen konnten. Hinsichtlich ihrer Entstehung hat sich jedoch die allgemeine Anschauung dahin geändert, daß man die Mehrzahl der Adenomyome als erworbene Mißbildungen betrachtet, ausgehend von Derivaten des Müller'schen Ganges (Endometrium und Myometrium), und die Beteiligung des Wolff'schen Ganges oder Körpers auf wenig Ausnahmen reduziert. Der spezielle, von M. beschriebene Fall bestätigt die alte Erfahrung, daß Adenomyome sich nicht zur Enukleation eignen, weil sie diffus in die Umgebung ausstrahlen. Sie lassen sich demnach nicht ausschälen. Auch in vorliegendem Falle wurde die Gebärmutter mit der Geschwulst von Menge durch Totalexstirpation entfernt. Der Fall illustriert trefflich die Notwendigkeit, sich vor jeder Operation eine möglichst weitgehende, allgemeine Vollmacht seitens der Pat. zu sichern und nicht eine zu spezielle, beschränkte Zusicherung zu geben.

Kroemer (Gießen).

---

42) **Henkel** (Berlin). Beitrag zur konservativen Myomchirurgie.

(Zeitschrift für Geburshilfe und Gynäkologie Bd. LII. Hft. 3.)

Wiederum tritt die Olshausen'sche Klinik in vorliegender Arbeit für die Vorteile der konservativen Myomchirurgie ein. Die gegen das Enukleationsverfahren eingewendeten Bedenken, es käme häufig zum Rezidiv und bei eintretender Schwangerschaft zur Gefahr der Uterusruptur, sind nach H. rein theoretisch konstruiert. H. hat von dem operativen Materiale der Olshausen'schen Klinik aus den letzten 5 Jahren 90 Frauen nachuntersucht, und zwar 40 Frauen nach der abdominalen Enukleation, 50 nach supravaginaler Amputation des Uterus. Bei den letzteren war mindestens ein Ovarium — meistens waren sogar beide erhalten worden. Das Resultat der objektiven Krankenexaminierung war überraschend. Die radikal Operierten klagten in einem hohen Prozentsatz über Ausfallserscheinungen. Nach Enukleationen waren solche nie aufgetreten. 5mal wurden nach dem konservativen Enukleationsverfahren Rezidive festgestellt, die jedoch keine Beschwerden machten. — H. hatte den Eindruck, daß die konservativ Behandelten psychisch sicher zufriedener waren als die Radikaloperierten. Zwei hatten nach der Enukleation empfangen, ausgetragen und normal entbunden, eine dritte war zur Zeit der Untersuchung im 3. Monat schwanger. H. rät, grundsätzlich das konservative Enukleationsverfahren zum Normalverfahren zu machen. Partielle Resektion

des Gebärmutterkörpers, ferner die Exzision der Geschwulstkapsel sollen die Operation abkürzen und die Blutstillung erleichtern. Als Nahtmaterial will H. nur Catgut angewendet wissen.

Kroemer (Gießen).

---

43) **B. Robinson** (Chicago). Arteria uterina ovarica. The utero-ovarian artery or the genital vascular circle.

Chicago, E. H. Colegrove, 1904.

Der bereits durch seine Studien über das Bauchfell und die Gefäßversorgung der weiblichen Geschlechtsteile bestens bekannte Verf. bringt in seiner breit angelegten Monographie eine vergleichend anatomische Studie über den Bau des Utero-Ovarial-Gefäßbogens, welchen er »the circle of B. Robinson« bezeichnet. Unter demselben versteht er den Bezirk der Art. spermatica, Art. uterina und Art. ligamenti rotundi seu spermatica externa jeder Seite mit dem zugehörigen Stück der Aorta bezw. Artt. iliacae und Art. epigastrica inferior, welche die Arkade rückwärts schließen. Die Arkade entspringt somit aus den eben erwähnten Stammgefäßen mit drei Füßen und bildet einen vollständigen Bogen, weil die Endausbreitung eines jeden Teilastes mit den Nachbararterien arteriell und nicht kapillär kommuniziert, so daß irgendein ausfallendes Segment sofort durch die Nachbarn retrograd versorgt wird. Die utero-ovarian artery betrachtet R. als Einheit und beschreibt diese als das sogenannte Spiralsegment des circle of B. Robinson. Die Lage der Arterie zum Harnleiter, der Verlauf im Ligamentum latum, sowie die Beziehungen zu Uteruskörper-, -hals und Scheide werden sorgfältig durch gute Zeichnungen gelungener Injektionspräparate erläutert. Die Arterie kreuzt den Harnleiter an drei Stellen: 1) an der hinteren Leibeswand, 2) im Ligament, 3) im Parametrium, und zwar verläuft sie stets ventral vor dem Harnleiter. Besonders instruktiv sind die Darstellungen von den reichen Gefäßverästelungen im Lig. latum und in der Ala vespertilionis, endlich die zahlreichen Anastomosen, welche die einzelnen Segmente jedes einzelnen, sowie beide Gefäßbögen untereinander verbinden; R. beschreibt sie als transversale, als vertikale und als dorsoventrale Anastomosen. Aus der Verlaufsrichtung der Uterinaäste ergeben sich als gefäßarme Bezirke am Uterus: die Seitenkante der Cervix und die Mittelzone des Corpus uteri. Die vom Verf. daraus gezogenen praktisch-chirurgischen Schlußfolgerungen für die Operation am myomatösen Uterus bringen nichts Neues. Seine Methode der vaginalen Totalexstirpation des Uterus bietet keine Vorteile. Die reich illustrierte Monographie bildet eine erwünschte Ergänzung zu dem Atlas von R. Freund: »Die Blutgefäße der normalen und kranken Gebärmutter!«

Kroemer (Gießen).

Kleinere Mitteilungen.

44) **Reiniger, Gebbert und Schall.** Elektro-medizinische Apparate und ihre Handhabung. 9. Auflage.

Erlangen 1905. LXIV u. 432 S.

Obiger Katalog ist wohl das Vollkommenste und Ausführlichste, was über elektro-medizinische Apparate bisher veröffentlicht worden ist. Dem Texte sind eine Unzahl erläuternder Zeichnungen eingeschaltet. In der Einleitung und dem technologischen Teile wird dem Arzt eine Art Repetition seiner physikalischen und chemischen Studien gegeben, soweit sie für das Verständnis der einzelnen Apparate nötig sind. In 16 großen Abschnitten des eigentlichen Kataloges werden dann die galvanische Elektrizität, Batterien und die Fehlerquellen bei ihrem Gebrauche, solche für Galvanokaustik, Endoskopie, weiterhin die Faradisation, elektrische Bäder, Franklinisation; sodann die Akkumulatoren, die Apparate zum direkten Anschluß an elektrische Lichtleitungen, die Elektromotoren, die sinusoidale Voltaisation, Röntgenstrahlen usw. in Wort und Bild vor Augen geführt. Zum Auffinden der zahlreichen Gegenstände und der technologischen Einzelheiten sind zwei ausführliche Sachregister, nämlich 1) für die Technologie, 2) für den eigentlichen Katalog, beigegeben. Das Werk kann jedem Arzte bestens empfohlen werden.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

45) Sammelbericht über die Röntgenbehandlung von chirurgischen und Hautkrankheiten im Jahre 1904.

Zahlreiche Mitteilungen in den allgemeinen medizinischen und den Fachzeitschriften, die betreffenden Abschnitte in neuen oder neu aufgelegten Lehrbüchern des Röntgenverfahrens lassen erkennen, daß die Radiotherapie, speziell die Röntgenbehandlung, im verflossenen Jahre nicht unwesentliche Fortschritte gemacht hat, nicht nur in der Breite des Anwendungsgebietes, sondern fast noch mehr in der richtigen Erkenntnis der Wirkungsweise der Röntgenstrahlen auf den lebenden Organismus. Natürlich hat auch die Verbesserung der Technik in allen Teilen der Röntgeneinrichtungen und das allgemeine Bekanntwerden der Heilwirkung der Strahlen zur Ausbreitung der Röntgentherapie beigetragen.

Die technischen Maßnahmen bei der Röntgenbehandlung haben sich besonders in der Form der Schutzvorrichtungen vervollkommnet, da immer mehr die Notwendigkeit solcher erkannt wurde. Die technischen Verbesserungen behandelte Rosenthal in einem Vortrag auf der Naturforscherversammlung (Über Erzeugung intensiver Röntgenstrahlen zu therapeutischen Zwecken). Holzknecht bringt eine durch theoretische, mathematische Untersuchung ausgezeichnete Abhandlung über die Strahlenverteilung in Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen VIII, Nr. 1. Während in früheren Jahren Unsicherheit herrschte über die Verwendung weicher und harter Röhren, hat sich im vergangenen Jahre durch die verschiedensten Beobachtungen und vor allem durch allgemeine Benutzung des Holzknecht'schen Chromoradiometers herausgestellt, daß es ganz allein auf die Verabreichung der nötigen Strahlenmenge ankommt. Je weicher eine Röhre ist, in um so kürzerer Zeit wird die nötige Menge erreicht, jedoch unter Verzicht auf tiefes Eindringen der Strahlen. Harte Röhren dagegen liefern weniger chemisch wirksame Strahlen von bedeutender Durchdringungskraft. Daher ist in jedem einzelnen Falle nach Bedürfnis zu wählen. (Rosenthal, s. o.) Durch das Chromoradiometer ist es auch möglich geworden, die Behandlung genau gleich zu gestalten und zu vergleichen, indem man die Anzahl der verabreichten »H« = Holzknecht'schen Einheiten angibt, während früher die Angaben von Stromstärke, Röhrenabstand u. dgl. gänzlich unzulänglich waren. (Angaben dieser Art werden aber auch heute noch vielfach gemacht! Ref.)

Die verschiedenen Autoren verfahren in der Verabreichung der Strahlenmenge ganz verschieden, indem ein Teil vorsichtig in mehr oder weniger häufigen Sitzungen mit längeren Zwischenpausen die nötige Wirkung erzielt, während andere, besonders die mit dem Chromoradiometer exakt messenden, die Sitzungen seltener, dafür aber mit desto größerer Strahlendosis, geben. Letzteres Verfahren wird besonders von Holzknecht angewandt (Phys.-med. Monatshefte 1904 Nr. 1: »Die Röntgentherapie«, aus »Physik. Heilmethoden in Einzeldarstellungen«, Wien, Deuticke, 1904). Man wird nicht fehl gehen, das letztere Verfahren als das zukünftig stets allgemeiner werdende zu bezeichnen.

Zum Schutze sind die verschiedensten Vorrichtungen in Gebrauch; jeder die Röntgentherapie verwendende Arzt wird heute wohl Bleischutz in irgendeiner Form anwenden. Bedecken mit einfachen Bleiplatten oder mit solchen, die einseitig mit Gummistoff überzogen sind, stanniolüberzogene Masken, Brillen mit Bleigläsern zum Schutze der Augen, Bleikisten, in welchen die Röhre eingeschlossen ist, Blenden aller Art, halbkugelige Ansätze mit verschiedenkalibrigen Röhren für den Strahlendurchlaß aus Blei oder Bleiglas sind angewandt. Auch eine Schutzmasse aus weichem Material ist empfohlen (Dessauer, »Einige Hilfsapparate und technische Maßregeln zur Anwendung der Radiotherapie«, Phys.-med. Monatshefte 1904 Nr. 8), deren Brauchbarkeit Ref. bestätigen kann.

Hand in Hand mit technischen Verbesserungen geht eindringende Forschung über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf den lebenden Organismus. Daß Einwirkungen stattfinden, war ja längst durch recht unliebsame Erfahrungen bekannt. Unserem Verständnis näher gebracht ist die Art der Wirkung wesentlich durch eine Arbeit von Schwarz in Pflüger's Archiv Bd. C), welche sich zwar auf Radiumstrahlen bezieht, deren Gültigkeit aber für die Röntgenstrahlen erwiesen ist. Er fand, daß das Lecithin durch die Strahlen zersetzt wird und erklärt die Einwirkung auf lebendes Gewebe durch diese Lecithinzersetzung. Durch sie wird besonders die elektive Wirkung der Strahlen auf embryonales, rasch wachsendes Geschwulstkeim- und Hautgewebe erklärlich; denn alle diese enthalten reichlichere Mengen Lecithin als andere Gewebearten.

Die Einwirkung auf das embryonale Gewebe während seiner Entwicklung hat Schaper (Deutsche med. Wochenschrift 1904 Nr. 39 u. 40) untersucht, ebenso Heineke (Münchener med. Wochenschrift 1904 Nr. 31), Perthes (Deutsche med. Wochenschrift 1904 Nr. 17) und eine Reihe anderer Untersucher, die alle anzuführen hier nicht der Raum ist. Aus allem geht aber hervor, daß die von Schwarz aufgestellte Voraussetzung, lecithinreiches Gewebe werde stärker angegriffen als daran armes, zutrifft, woraus hervorgeht, daß die Röntgenstrahlen eine elektive Wirkung haben: eine für die therapeutische Verwendung hochwichtige Tatsache.

Die Einwirkung der Strahlen auf pathologisches Gewebe, besonders lupöses und karzinomatöses, ist natürlich auch vielfach Gegenstand der Untersuchung gewesen; so hat u. a. Perthes festgestellt, daß das Krebsgewebe durch Einwirkung der Röntgenstrahlen degeneriert, von Leukocyten durchdrungen und schließlich durch Bindegewebe ersetzt wird; ähnliche Beobachtungen teilen Bruns (Therapie der Gegenwart 1904 Nr. 1) und Schiff (»Erfolge der Röntgentherapie«, Wien, Perles, 1904) mit. Lupöses Gewebe zerfällt. Ein Teil dieser Wirkungen wird auch einer Endarteriitis obliterans zugeschrieben (Baermann und Linser, Münchener med. Wochenschrift 1904 p. 994). Zerfällt durch starke Bestrahlung sehr viel krankhaftes Gewebe, so kann Fieber und sogar toxämischer Zustand auftreten, wie Beobachtungen der letzterwähnten und Haret's (Arch. d'electr. méd. 1904 Nr. 1) zeigen.

Wie im einzelnen bei den verschiedenen Krankheiten vorzugehen ist, wie groß die Strahlendosis sein muß, um Heilung herbeizuführen u. dgl., wird sehr kurz, knapp und übersichtlich von Holzknecht mitgeteilt (»Die Röntgentherapie«; aus »Physik. Heilmethoden in Einzeldarstellungen«, Wien, Deuticke, 1904), ebenso von Kienböck auf der Versammlung der Französischen Gesellschaft zur Verbreitung der Wissenschaften in Grenoble. Auch in den verschiedenen neu erschienenen und neu aufgelegten Lehrbüchern finden sich genauere Angaben über Radiotherapie,

so bei Gocht, Wiesner und Dessauer und anhangsweise im Buche von E. Ruhmer, »Konstruktion, Bau und Betrieb von Funkeninduktoren«. Von ausländischen Lehrbüchern sind besonders die amerikanischen hervorzuheben, weil dort die Röntgentherapie am längsten und ausgedehntesten geübt wird, so das von Beck, welches wohl am längsten sich mit dem Gegenstande beschäftigt hat, dann Pusey und Caldwell (»The practical application of the Roentgen-rays in the therapy and diagnosis«, Philadelphia, New York, London, Saunders & Co., 1904); auch in Frankreich ist ein gutes Werk erschienen von Belot (»La radiothérapie«, Paris, Steinheil, 1904, welches Ergebnisse jahrelanger Studien enthält.

Über folgende Krankheiten liegen Berichte vor:

1) Allgemeinerkrankungen: Leukämie.
2) Bösartige Geschwülste: Karzinome, Cancroide, Sarkome.
3) Hautkrankheiten aller Art.
4) Gelenkerkrankungen: Tuberkulose, Gicht, chronischer Rheumatismus.
5) Gutartige Geschwülste: Warzen, Myome, Fibrome.

Eine Heilung der Leukämie ist zuerst Senn gelungen; später sind von zahlreichen Beobachtern des In- und Auslandes Heilungen bezw. Besserungen, aber auch Mißerfolge, mitgeteilt. Ein näheres Eingehen auf diese eigentlich der inneren Medizin angehörenden Krankheit verbietet der Raum.

Bei weitem das größte Interesse beanspruchen an dieser Stelle die bösartigen Geschwülste aller Art, und über ihre Behandlung mit Röntgenlicht liegen aus dem letzten Jahre bei oberflächlicher Schätzung weit über 100 Mitteilungen vor. Auf der vorletzten Naturforscherversammlung warnte E. v. Bergmann vor einer Überschätzung der Heilwirkung der Röntgenstrahlen bei Krebsen. Aus den zahlreichen Mitteilungen scheint mir hervorzugehen, daß alle Beobachter auch ohne diese Mahnung sich bewußt waren, daß größte Vorsicht im Urteil über Dauerwirkung am Platze sei: die allermeisten stehen auf dem Standpunkte, nur inoperable Krebse durch diese Behandlung zu beeinflussen, ganz so, wie v. Bergmann geraten hat.

Von allen Krebsen am zahlreichsten sind Hautkrebse, unter diesen wieder hauptsächlich Gesichtskrebse behandelt. Aus den sehr zahlreichen Mitteilungen geht hervor: 1) daß die Hautkrebse (Ulcus rodens) am leichtesten von allen bösartigen Geschwülsten auf die Röntgenstrahlen reagieren, eher als die gesunde Umgebung; 2) daß schon eine verhältnismäßig niedrige Strahlendosis — wo sie in H angegeben, schwankt sie zwischen 5—12 — genügt, um den Geschwürsboden zu reinigen und reine Granulation bezw. Überhäutung herbeizuführen; 3) daß die Narbenbildung nach der Überhäutung kosmetisch außerordentlich befriedigend ist, was besonders bei den Hautkrebsen des Gesichtes in Betracht kommt; 4) daß manche Geschwülste der Art, welche ihrem Sitze nach (Augenlider) inoperabel wären, mit dem Röntgenverfahren mit geringfügiger funktioneller Störung der Nachbarorgane heilbar sind; 5) daß verhältnismäßig selten Rückfälle vorkommen, die dann übrigens auch noch gut durch Röntgenstrahlen beeinflußbar sind.

Als ein Hauptvorteil bei der Röntgenbehandlung, nicht nur beim Ulcus rodens, sondern auch allen anderen Geschwulstarten wird die schon nach wenigen Sitzungen eintretende Schmerzstillung hervorgehoben. Ob die mitgeteilten Heilungen wirklich endgültige sind, darüber muß die Zukunft entscheiden; denn die meisten sind noch zu kurz in der Dauer.

Während beim Ulcus rodens im allgemeinen die Meinungen doch dahin neigen, Dauerheilungen durch die Röntgenbehandlung anzunehmen, ist bei allen anderen Karzinomen die Skepsis sehr groß, und die verschiedenen Berichterstatter drücken sich in dieser Hinsicht recht vorsichtig aus: In keinem Fall ist geraten worden, die Karzinome primär mit Röntgenstrahlen zu behandeln; vielmehr sind sie stets nur als ultimum refugium bei inoperablen Geschwülsten oder bei gänzlich messerscheuen Kranken betrachtet. Dementsprechend sind natürlich auch die Ergebnisse viel weniger gute. Selbstverständlich wirkt darauf auch die obenerwähnte Eigenschaft der tiefer dringenden kalten Strahlen, weniger chemisch zu wirken, ein. Dennoch hat die Röntgenbehandlung von Krebsgeschwülsten verschiedenster Art und Sitzes recht erfreuliche Ergebnisse gehabt. Am meisten berichtet ist über

die Behandlung inoperabler Brustkrebse, alle anderen spielen eine nebensächliche Rolle. Diese Ergebnisse sind:

1) Selbst bei weit fortgeschrittenen Krebsen (speziell Brustkrebsen), einerlei ob geschwürig zerfallen oder verjaucht, lassen sich durch Röntgenstrahlen noch Besserungen, teilweise oder vielleicht sogar vollständige Heilungen erzielen. 2) Bei Krebsgeschwüren tritt nach den ersten Bestrahlungen zunächst stärkere Sekretion auf, die bei Fortsetzung bald nachläßt und von baldiger Überhäutung gefolgt ist. 3) Stets folgt schon den ersten Bestrahlungen Verminderung oder Schwinden der Schmerzen. 4) Das Allgemeinbefinden hebt sich dementsprechend in den meisten Fällen sehr bald. 5) Nicht nur die Geschwüre heilen ganz oder teilweise, auch das Krebsgewebe selbst wird mehr oder weniger zum Schwinden gebracht; und zwar nicht allein das der primären Geschwulst, auch Drüsen- und Hautmetastasen können günstig beeinflußt werden. 6) Als eine Gefahr bei Behandlung geschlossener Krebsgeschwülste, besonders bei deren rasch fortschreitender Verkleinerung, wurden gelegentlich toxämische Zustände beobachtet. 7) Wenn auch in den meisten Fällen keine endgültige Heilung erzielt wurde, so wurde der Mehrzahl der Kranken doch ganz bedeutende Erleichterung gewährt, ihr Allgemeinbefinden gebessert und das Leben auf Monate oder Jahre hinaus erträglich gestaltet, ein Erfolg, der sich bei der Schwere der mitgeteilten Fälle auf keine andere Weise hätte erreichen lassen. 8) Bei Krebsen innerer Organe: Magen-, Speiseröhren-, Gebärmutterkrebs, haben sich, der Tiefe des Sitzes entsprechend, keine besonders günstigen Ergebnisse erzielen lassen; nur bei verjauchten Uteruskarzinomen wurde, durch Bestrahlung nach Einführung eines Spekulums, Aufhören des Jauchens in einigen Fällen erzielt.

Den günstigen Erfolgen gegenüber darf nicht unerwähnt bleiben, daß einzelne Beobachter eine Reizung des Krebsgewebes zu schnellerem Wachstum gesehen haben wollen. Andere erklären diesen Reiz durch zu geringe Strahlendosis verursacht. **Trapp** (Bückeburg).

(Fortsetzung folgt.)

46) S. Stern. Unipolar X-ray.

(New York med. record 1904. September 24.)

S. hat handliche »unipolare« Instrumente konstruiert, um die Anwendung von Röntgenstrahlen in schwer zugänglichen Gegenden zu ermöglichen. Die Anordnung erscheint wie eine gewöhnliche verlängerte Hochspannungsröhre, ähnlich dem Oudin'schen Resonator, Anode und Kathode befinden sich an den Enden. Eine weitere scheinbare »Anode« gegenüber der Kathode hat keine Beziehung zur Außenseite der Tube und dient nur dazu, die Strahlen als Reflektor gegen den gewünschten Punkt zu richten. **Loewenhardt** (Breslau).

47) M. Einhorn. Radium receptacles for the stomach, oesophagus and rectum.

(New York med. record 1904. März 5.)

Beschreibung von Behältern zur Aufnahme des Radiums für die Anwendung am Magen, Speiseröhre und Mastdarm.

Es handelt sich um verschraubbare Glaskapseln, welche mit der Schlundsonde verbunden eingeführt werden oder nur, an einem Seidenfaden hängend (der Faden ist mit verschiedenen Knoten versehen, um die Entfernung zu kontrollieren), verschluckt werden können. **Loewenhardt** (Breslau).

48) M. Einhorn. Observations of radium.

(New York med. record 1904. Juli 30.)

In dem zweiten Artikel folgen neun Mitteilungen über die Behandlung von Karzinom des Ösophagus. Eine volle Heilung ist nicht zu verzeichnen, aber verschiedenfache Besserungen, was Schmerzen und Strikturen betrifft.

Auch die innere Durchleuchtung verschiedener Organe mit Radium (Mund,

Magen, Kolon und Lunge) wird besprochen. Hierzu verwendet E. sein Radiumdiaphanoskop, ein schlundsondenähnliches Instrument, am äußeren Ende mit einem Ballon versehen, um durch die vor der am unteren Ende sitzenden Radiumkapsel befindlichen Öffnungen Luft einblasen zu können. Es werden Radiumphotographien (mit 50 mg Radiumbromid von einer Million Stärke aufgenommen) abgebildet, sowie ein Kastenapparat beschrieben, um die Entfernung zu messen, in der auf einem Baryum-Platin-Cyanidschirm noch Licht zu sehen ist. Mit dieser Methode und mit photographischen Platten wurde festgestellt, daß Glas, Hartgummi und Zelluloid sich als Material für die Radiumkapseln wegen ihrer Durchlässigkeit gut eignen, und daß Luft die Strahlen am besten durchläßt.

Loewenhardt (Breslau).

49) **M. Pelagati.** Mycosis fungoides und Leukämie.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXIX. Nr. 7.)

Die Mycosis fungoides wird noch immer in sehr verschiedener Weise aufgefaßt — von den einen als sarkomatöse Geschwulst, von den anderen als chronische Infektionskrankheit. Die Annahme, daß sie zu den leukämischen Krankheiten engere Beziehungen habe, ist schon wiederholt gemacht worden. Eingehender, als es bisher geschehen ist, versucht P. sie zu begründen, indem er von einem von ihm selbst genau untersuchten Fall ausgeht, in welchem er bei einer, wenngleich nicht ganz typischen, als Mykosis diagnostizierten Hautkrankheit einen Blutbefund erhob, der zum mindesten mit der Annahme einer myelogenen Leukämie vereinbar war, und in welchem auch die Autopsie für diese Diagnose sprach. Verf. faßt die Hauterscheinungen als Metastasen der Leukämie auf. So wenig mir diese Auffassung dnrch die vorgebrachten Befunde auch bewiesen erscheint, so sehr regen sie doch zu einer immer genaueren Untersuchung des Blutes bei allen Fällen von Mykosis an.

Jadassohn (Bern).

50) **Bottstein.** Drei Fälle von Pruritus nach Tabakgenuß.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXIX. Nr. 10.)

Drei Fälle, bei denen Rauchen, und zwar besonders Pfeifenrauchen, einen starken Pruritus hervorrief, der nach Wiederaufnahme des Rauchens rezidivierte — eine für die Praxis gewiß wichtige Beobachtung. **Jadassohn** (Bern).

51) **Gaucher.** Sur un cas de mélanodermie papillomateuse on acanthosis nigricans.

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. p. 559.)

51jähriger Pat. Schmutzigbraune Pigmentation im Nacken, an den Seiten des Halses, in den Achselhöhlen, auf den Handrücken, am Hodensacke, Damme, After und innerem oberem Drittel der Oberschenkel. Papillomatöse Wucherungen in den Achselhöhlen, an der Strekseite der Hände, Innenseite der Oberschenkel und am After. Orangengroße Geschwulst in der Magengegend. Aus der rapiden Abmagerung des Pat. und den kachektischen Symptomen stellt G. die Diagnose auf Magenkarzinom. **Klingmüller** (Breslau).

52) **Sondermann.** Saugtherapie bei Lupus.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 1.)

Verf. hat einen Saugapparat konstruiert (Kühne, Sievers und Neumann, Köln-Nippes), welcher die Behandlung des Lupus durch Hyperämie, zu welchem Zwecke Bier Schröpfköpfe angewendet hatte, leicht ermöglicht. Zugleich kann mit heißem Wasser gespült werden. Erfahrungen scheint Verf. erst in einem Falle gemacht zu haben. **Jadassohn** (Bern).

53) **M. Saksaganski.** Zur Frage der Prostatektomie wegen Hypertrophie.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

S. machte in alllen Fällen den Schnitt quer über den Damm (links) nach dem After (Kapsel? Ref.). Er eröffnete die Pars prostatica der Harnröhre, ließ die

Drüse vom Assistenten mittels Muzeux hervorziehen, führte den linken Zeigefinger in die Wunde ein und entfernte die Drüse stückweise mit der Schere. Die Blutung soll dabei so gering gewesen sein, daß keine Ligaturen gebraucht wurden. Durch die Wunde wurde ein Katheter in die Blase eingeführt, im übrigen tamponiert.

1) und 2) 59- resp. 56jährige Pat., die beide mit Dauerkathetern aufgenommen wurden. Die Operation verlief bei beiden glatt. Bei dem ersten wurde der Erfolg durch schwere (urämische?) Durchfälle beeinträchtigt, während bei dem zweiten ein voller Erfolg erzielt wurde. Er war vom 22. Tage an kontinent und urinierte vom 3. Tage an auf normalem Wege. Bei beiden entwickelte sich nach dem ersten Versuche, sie zu katheterisieren, eine rechtsseitige Epididymitis.

3) Der 64jährige Mann wurde trotz ausgesprochener »Urosepsis« operiert und ging nach 13 Tagen in tiefem Koma zugrunde. Die Sektion deckte schwere Veränderungen der Nieren auf. **V. E. Mertens** (Breslau).

54) **A. Jordan.** Über Hautveränderungen bei Nierenkranken.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXIX. Nr. 11.)

Es ist unzweifelhaft, daß namentlich in der deutschen Literatur die bei Nierenkranken auftretenden Hauterscheinungen wenig beachtet sind, während sie z. B. in der englischen eine ziemlich große Rolle spielen. Daß sie eine häufige Komplikation bei Nephritis darstellen, kann wohl keinesfalls behauptet werden — ebensowenig, daß bisher wirklich charakteristische Bilder bekannt sind. Weiteres kasuistisches Material ist also gewiß erwünscht. J. veröffentlicht zwei Fälle von Pruritus, einen von Furunkulose, zwei von Ekzem und einen von Gangrän bei Nephritis. Er ist überzeugt, daß auch bei den »albuminurischen Dermatosen« (wie bei den diabetischen) die Allgemeinbehandlung zur Heilung notwendig ist.

Jadassohn (Bern).

55) **W. Metcalf** and **H. Safford.** A case of carcinoma of the ureter apparently induced by a calculus lodged in its juxtavesical portion.

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. Januar.)

Der Fall bietet allgemeines Interesse, weil es sich um die sehr seltene Lokalisation eines primären Karzinoms in einem Harnleiter handelt, und weil das Karzinom mit größter Wahrscheinlichkeit in Beziehungen zu einem im Harnleiter liegen gebliebenen Nierenstein stand in dem Sinne, daß der Nierenstein die Ursache zur Karzinombildung abgab.

Die Diagnose war bei dem 47jährigen Pat., der seit 22 Jahren an Bauchkoliken gelitten hatte, auf einen Harnleiterstein gestellt worden. Der Urin reagierte auffallenderweise nicht sauer, wie er es bei Anwesenheit von Nierensteinen zu tun pflegt, sondern alkalisch. Die Röntgenuntersuchung war ergebnislos geblieben. Die durch Lendenschnitt freigelegte Niere war sackartig vergrößert und wurde exstirpiert. Von dieser Operationswunde aus wurde dann der verdickte Harnleiter so weit wie möglich stumpf freipräpariert. Um auch den unteren Harnleiterteil freizulegen, wurde ein ileo-inguinaler Schnitt hinzugefügt und von dieser Wunde aus nach Ablösung des Bauchfelles der obere Harnleiterstumpf mit einer Kornzange nach unten gezogen. Die Verwachsungen des Harnleiters mit den Nachbargebilden waren von Abszessen durchsetzt. Die Harnleiterwand enthielt reichlich bröcklige, kalkige Massen. Beim Herabziehen riß der Harnleiter infolgedessen nahe der Blase ab. An der Rißstelle fand sich ein Stein. Die Operation wurde der allgemeinen Schwäche der Pat. wegen abgebrochen und die Wunde nach genügender Drainierung geschlossen.

In einer zweiten Sitzung, 4 Wochen später, wurde wegen erheblicher Kreuzschmerzen die Cystotomie vorgenommen. Die Blase zeigte sich gesund und wurde wieder verschlossen. Nach Eröffnung des Bauchfelles fand sich eine Geschwulst, die sich von der Rißstelle des Harnleiters bis an das Promontorium erstreckte. Der größte Teil der Geschwulst konnte entfernt werden. Pat. ging nach einigen Wochen zugrunde.

Unter den in der Literatur beschriebenen sechs Fällen von primären Harnleitergeschwülsten findet sich nur einer, wo ein an der Stelle der Geschwulst gefundener Stein mit der Geschwulstbildung in Zusammenhang gebracht wird. M. empfiehlt bei Verdacht auf Harnleitergeschwulst mittels eines lumbo-ileo-inguinalen Schnittes Niere und Harnleiter freizulegen. Findet sich eine Harnleitergeschwulst, so wird außer ihr meist auch die hochgradig veränderte Niere mit wegzunehmen sein.

Die exstirpierte Niere und der Harnleiter mit der Geschwulst sind genau histologisch untersucht worden. An der Stelle, wo der 1,25 g schwere Harnleiterstein gesessen hatte, bot die Harnleiterschleimhaut das Bild eines Adenokarzinoms. Auffallend war die zottige Beschaffenheit der Schleimhaut vom Nierenbecken an bis an die Stelle des Harnleiters, wo die Geschwulstbildung einsetzte. Im Harnleiter waren die Zotten baumartig verästelt. Die Zottenbildung und die Entwicklung der Geschwulst werden auf die irritative Einwirkung des Steines zurückgeführt, der aus dem Nierenbecken in den Harnleiter gewandert ist.

Läwen (Leipzig).

56) **C. W. Wille.** A contribution to the surgery of nephritis. Report of case.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. Oktober 22.)

Ein 18jähriger Pat. mit subakuter Nephritis, anscheinend seit 4 Wochen im Anschluß an Influenza bestehend, wird über 2 Monate lang ohne jeden Erfolg intern behandelt. Dann Enthülsung der rechten Niere: entschiedene Besserung; 3 Wochen darauf Enthülsung auch der linken Niere: weitere Besserung, besonders auch im Allgemeinbefinden, das vor der Operation durch die interne Behandlung nicht hatte beeinflußt werden können. Tägliche Eiweißmengen vor der ersten Operation $4^1/_2$—$13^1/_2$ g, durchschnittlich 8,4 g; zwischen den beiden Operationen 2,6 bis 4,9 g, durchschnittlich 4 g, also Abnahme um $4^1/_2$ g; nach der zweiten Operation allmähliches Sinken auf $^1/_2$ g = $^1/_4$ ‰. Die erst sehr zahlreichen Zylinder waren zum Schluß sehr spärlich. **Lengemann** (Bremen).

57) **Barette.** Epithélioma de la muqueuse de l'isthme utérin et hématomètre. Petit fibrome de la paroi postérieure. Hystérectomie abdominale totale.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1095.)

Der 62jährige Pat. bemerkte seit 2 Jahren einen geringen rötlichen Ausfluß, später erst geringe, dann heftige Schmerzen; Abmagerung. Eine eiförmige große Geschwulst reichte bis fast zum Nabel; die Portio der Gebärmutter ließ nichts Auffallendes erkennen. Auf Grund der Diagnose »Uterussarkom« machte B. die abdominale Totalexstirpation des Uterus. Die nähere Untersuchung ergab eine durch Verschluß des Isthmus durch ein Karzinom verursachte Hämatometra und in der hinteren Wand der Gebärmutter ein nußgroßes Fibrom. Dies veranlaßt B. zu folgender Bemerkung: Hätte es sich um eine 10 Jahre jüngere Frau gehandelt und wäre das Fibrom entsprechend größer gewesen, so würde eine abdominale Myomektomie mit Zurücklassen der Cervix dem Fortwuchern des Karzinoms nicht Einhalt getan haben, und es wäre dann die Vermutung entstanden, der zurückgelassene Cervixstumpf sei nachträglich karzinomatös entartet, während die Totalexstirpation vielleicht radikale Heilung gebracht hätte. **Reichel** (Chemnitz).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 12. Sonnabend, den 25. März. 1905.

(Aus der chirurgischen Abteilung des Herzoglichen Krankenhauses zu Braunschweig: Oberarzt Prof. Dr. Sprengel.)

Zur Korrektur des kongenitalen Klumpfußes.

Von

Dr. **Nobe,** Assistent.

Die Schwierigkeiten des Klumpfußredressements beruhen, wie bekannt, vorwiegend in zwei Momenten: einmal darin, daß man — namentlich bei kleinen Kindern — an einem kurzen, wenig Halt bietenden Gliede, also an einem kurzen Hebelarme, arbeiten muß, und andererseits darin, daß es — wiederum namentlich bei kleinen Kindern — Schwierigkeiten bereitet, das, was das Redressement erzielt hat, durch den Verband dauernd zu fixieren.

Dem ersteren Übelstande sucht man neuerdings durch die bekannten, an langen Hebeln befestigten, stellbaren Griffapparate zu begegnen, welche die modellierende Hand zwar nicht ersetzen, aber gut unterstützen. Man kann sich aber, wenn man sie nicht zur Verfügung hat, recht gut auch durch einen Handgriff helfen, den Prof. Sprengel seit längerer Zeit beim Redressement der Klumpfüße benutzt, und der ebenfalls nach dem Prinzip des langen Hebelarmes wirkt. Dieser Griff besteht darin, daß man den nach Möglichkeit modellierten und, sozusagen, aufgerollten Klumpfuß breit mit der Sohle auf eine Tischplatte setzt und nunmehr nicht den mobilen Fuß gegen den fixierten Unterschenkel, sondern umgekehrt den mobilen Unterschenkel gegen den fixierten Fuß als Hebel benutzt.

Man kann auf diese Art begreiflicherweise eine sehr große Gewalt ausüben, während der Fuß sich nur um so fester auf der Unterlage anstemmt.

Das Verfahren ist sehr geeignet, das, was man durch die modellierenden Bewegungen seiner Hände erreicht hat, für 5—10 Minuten oder länger, festzuhalten, und kann — wie nebenbei bemerkt sei — sehr gut auch in der weiteren Nachbehandlung der geheilten Klumpfüße seitens der leicht zu instruierenden Angehörigen verwendet werden.

Die nebenstehenden schematischen Abbildungen werden veranschaulichen, was ich meine, und eine ausführliche Darstellung unnötig machen.

Bis vor kurzem pflegten wir, nachdem das möglichste in der Korrektur erreicht war, als fixierenden Verband die von Sprengel im Jahre 1896 angegebene Blechsohle in der üblichen Weise anzulegen, indem der von einem Assistenten gehaltene Fuß gegen die Blechsohle mit ein paar Pflasterstreifen fixiert und dann — sammt der Blechsohle — mit Gipsverband versehen wurde.

Das involvierte selbstverständlich, daß der Fuß von der Tischplatte abgehoben, also seines sichersten Stützpunktes beraubt wurde, und wir bemerkten nicht selten zu unserem Leidwesen, daß es nicht vollkommen gelang, namentlich die Fersenpartie der Sohle gegen die Blechplatte zuverlässig zu fixieren; sie wich im Verbande von derselben ab, und ein guter Teil des Erfolges wurde dadurch in Frage gestellt.

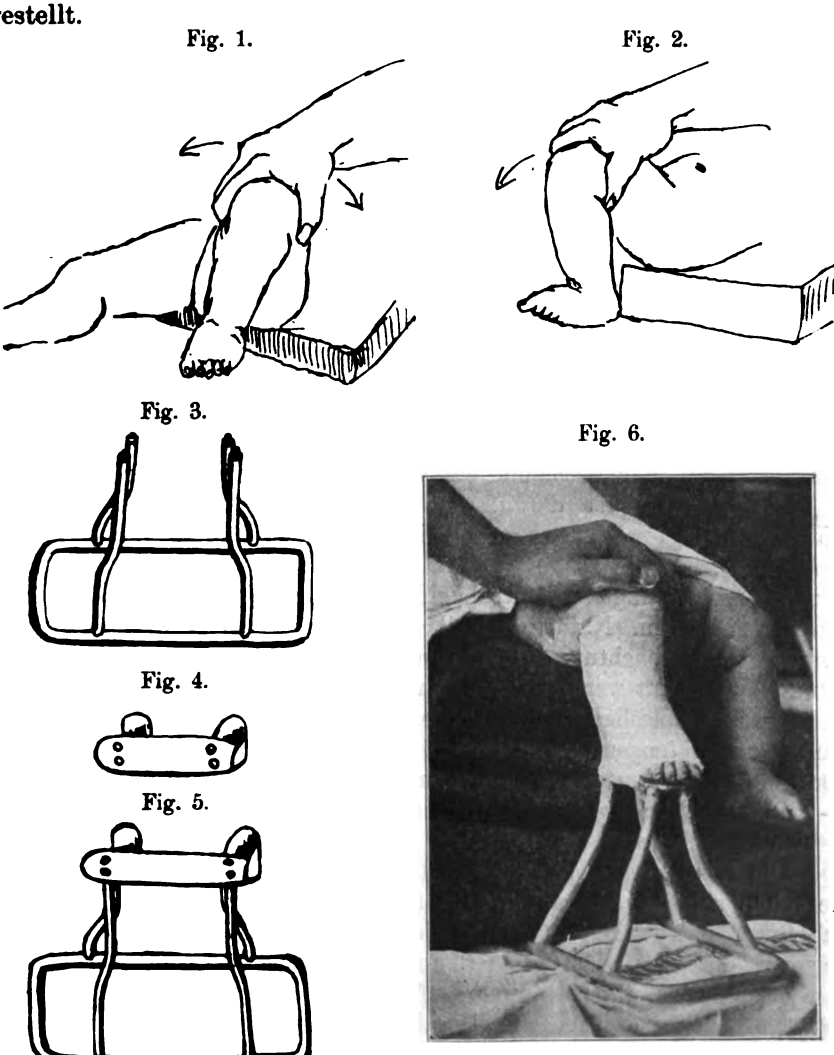


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4. Fig. 5. Fig. 6.

Um diesem Übelstande abzuhelfen, bin ich auf die Idee gekommen, sozusagen die Blechplatte auf ein Stativ zu stellen, das nur während des Anlegens des Verbandes im Gebrauch bleibt und nach Vollendung desselben wieder entfernt wird. Cf. obenstehende schematische Abbildungen.

Der Apparat stellt eine kleine eiserne Bank mit abnehmbarer Platte dar. Als Platte dieser Bank dient die Sprengel'sche Blechsohle mit dem vorspringenden Rand an der Ferse und einer kleinen Blechzunge an der Innenseite (etwa der Höhe des Köpfchens vom Metatarsus I entsprechend). Diese Blechsohle, von der verschiedene Größen angefertigt sind, trägt nun — neben kleineren Löchern für eine den auskleidenden Filz befestigende Naht — vier rundliche Öffnungen, in welche die nach oben zapfenförmigen Enden der vier Beine des Bänkchens passen.

Die Anwendung erhellt leicht aus umstehendem Bilde (Fig. 6). Nachdem das Redressement (eventuell in Narkose) ausgeführt und der Fuß durch den beschriebenen Handgriff möglichst mobilisiert worden ist, wird die Unterlage des Kindes um zwei Operationskissen (etwa der Höhe des Bänkchens entsprechend) erhöht und der Fuß bei gebeugtem Knie in charakteristischer Stellung in die mit Filz ausgekleidete Blechsohle auf dem Bänkchen gesetzt. Einige umgelegte Heftpflasterstreifen erzielen noch einen besseren Halt. Hierauf wird Fuß und Unterschenkel eingegipst und nach Trockenwerden des Gipses der Fußteil des Bänkchens leicht abgehoben, während dessen Platte als Blechsohle im Gipsverbande verbleibt. Noch eine übergelegte Gipsbinde verschließt endlich die vier Öffnungen in der Blechsohle und gibt dem Verbande ein abschließendes, gefälliges Aussehen.

Wir legen Wert darauf, daß der Gipsverband direkt auf die Haut aufgelegt wird, um auch die geringste Bewegungsfreiheit des redressierten Fußes zu verhindern. Wir haben hiervon — abgesehen von einigen geringen und schnell heilenden Druckstellen — keine Nachteile gesehen. Natürlich bleiben die Kinder einen Tag lang noch in unserer Beobachtung, damit event. Kreislaufstörungen rechtzeitig Abhilfe verschafft werden kann. Auch werden die Mütter unterwiesen, auf etwaige, diesbezügliche Veränderungen an den freigebliebenen Zehen zu achten und — falls erforderlich — sogleich den Verband vom nächsten Arzte entfernen zu lassen. Doch haben wir bisher — wie schon erwähnt — keinerlei schlechte Erfahrungen in dieser Beziehung gemacht.

Die Kinder verlassen am zweiten Tage unsere Behandlung; sind sie schon gehfähig, so laufen sie mit ihrem Gipsstiefel 4 Wochen lang zu Hause umher. Dann kommen sie erneut zu uns, der Verband wird entfernt, der Fuß wird gebadet, und es werden während eines Tages von der Mutter unter unserer Aufsicht die redressierenden Übungen mit dem oben beschriebenen Handgriffe angestellt. Darauf wird ein neuer Fixations-Gipsverband, genau wie das erstemal, mit oder ohne Narkose, angelegt, und nach 24stündiger Beobachtung verläßt uns das Kind auf weitere 4 Wochen, nachdem die Mutter erneut angewiesen ist, auf das Aussehen der Zehen zu achten.

Auf eine Erörterung prinzipieller Fragen in der Klumpfußbehandlung einzugehen, ist hier nicht der Ort. Doch möchten wir bemerken, daß das beschriebene Verfahren nicht sowohl der Behand-

lung klumpfüßiger Kinder unmittelbar nach der Geburt als vielmehr gegen den Schluß des ersten Lebensjahres seine Entstehung verdankt und für diese Zeit auch wohl erst seinen eigentlichen Wert hat.

Wir haben die Misère der Klumpfußbehandlung während des ersten Lebensjahres namentlich in den armen und unintelligenten Bevölkerungskreisen zu häufig kennen gelernt, um nicht, je zuverlässiger unser Korrektionsverfahren geworden, desto häufiger von jenem Grundsatze abzuweichen.

---

1) **Fraenkel.** Untersuchungen über die Moeller-Barlowsche Krankheit.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 5 u. 6.)

Verf. gibt zunächst die Krankengeschichten von 9 Fällen Moeller-Barlow'scher Krankheit, welche mit Ausnahme eines Falles in der kurzen Zeit von 8 Monaten im Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf zur Beobachtung und Sektion gelangten. Dabei geht Verf. auf das genaueste auf die klinischen wie anatomischen Befunde ein und kommt auf Grund dieser zu folgenden im großen und ganzen mit den Ergebnissen anderer Autoren übereinstimmenden Schlüssen: Es läßt sich nicht mit Bestimmtheit feststellen, ob die Jahreszeit mit der Moeller-Barlow'schen Krankheit in kausalem Zusammenhange steht. Die kälteren Jahreszeiten scheinen jedoch bevorzugt zu sein. Eine »deutliche Präponderanz« eines der beiden Geschlechter konnte Verf. nicht konstatieren. Das Alter der erkrankten Kinder stimmt mit dem von anderen Autoren (Heubner, Hirschsprung) angegebenen beinahe vollkommen überein (zwischen 4.—24. Lebensmonate). Kinder der besser situierten Klassen scheinen von der Krankheit häufiger betroffen zu werden, als Kinder der ärmeren Bevölkerungsklassen.

Die Diagnose ist häufig recht schwierig und oft erst durch die Sektion zu stellen, da die für Schulfälle typische Trias der Symptome: Blutungen speziell am Zahnfleisch, Schmerzen bei Bewegungen, Anschwellungen der Gelenkgegenden, besonders an den Knien, bei Freibleiben der Gelenke selten ganz sich vorfindet. Besonders das letztgenannte Symptom fehlte in allen Fällen des Verf.; häufiger finden sich die Blutungen an der Haut, speziell am Zahnfleisch; doch werden diese nur bei Kindern getroffen, deren Kiefer bereits Zähne trägt. Ein wichtiges Symptom ist eine auffallende Blässe der kranken Kinder. Gegenüber der klinischen Diagnose ist die am Leichentische meist sehr leicht. Vor allem gestattet die mikroskopische Untersuchung die Moeller-Barlow'sche Krankheit mit Sicherheit zu erkennen. In Übereinstimmung mit Nauwerk, Schödel u. a. fand Verf. als hauptsächlichste Veränderung, daß an den Knorpelknochengrenzen an Stelle des zellreichen, lymphoiden Markes ein zellarmes, aus einer homogenen Grundsubstanz bestehendes Gewebe, das sogenannte Gerüst- oder Stützmark (Nauwerk) tritt. Dadurch wird zugleich eine

Verdünnung der Corticalis der Diaphysenenden herbeigeführt, so daß der Knochen an dieser Stelle äußerst brüchig wird und oft durch das geringfügigste Trauma die schwersten Veränderungen erleidet. Durch plötzlichen Zusammenbruch des Knochens kann es zu großen subperiostalen Blutungen kommen; meist jedoch sind die im Knochensystem auftretenden Blutungen (nach Schödel, Nauwerk, Verf.) als Zeichen einer für die Moeller-Barlow'sche Krankheit charakteristischen hämorrhagischen Diathese zu betrachten.

In der Frage über den Zusammenhang zwischen Rachitis und Moeller-Barlow'scher Krankheit weicht Verf. von der Ansicht Nauwerk's, welcher letztere als Krankheit sui generis leugnet, ab und faßt seine Ansicht dahin zusammen, »daß er die Moeller-Barlow'sche Krankheit als eine durchaus eigenartige Affektion betrachte, welche in der Mehrzahl der Fälle sich auf dem Boden einer bereits bestehenden, meist leichteren, bisweilen auch höhere Grade aufweisenden Rachitis entwickelt, die indes in seltenen Fällen auch völlig unabhängig von jeder anderen Skeletterkrankung, d. h. an vorher unveränderten Knochen entsteht«. Ein Zusammenhang mit Syphilis congenita besteht nicht.

Die Prognose ist nicht ungünstig (90% Heilung). Bei den nicht zur Sektion kommenden Fällen bilden die Röntgenstrahlen ein wertvolles Unterstützungsmittel der Diagnose. Als konstanten Befund konnte Verf. sowohl am Präparat als am lebenden Kinde, besonders deutlich an den unteren Extremitäten, einen eigentümlichen, der jüngsten Zone des Schaftes angehörigen, verschieden breiten Schatten im Röntgenbilde feststellen. Alle anderen Befunde sind inkonstant und nicht beweisend.

Als Therapie hat sich die von Barlow angegebene, »antiskorbutische Diät« vorzüglich bewährt. Antirachitische Behandlung ist völlig nutzlos.

Am Schluß seiner ausgezeichneten Arbeit gibt Verf. noch eine kurze Erklärung der beigefügten Abbildungen. **Gaugele** (Breslau).

---

2) **H. Schloffer.** Über die Aufgaben des chirurgischen Unterrichtes.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 7—9.)

In dieser sich eingehend mit der chirurgischen Ausbildung des Mediziners beschäftigenden Antrittsvorlesung bei der Übernahme der Innsbrucker Klinik berührt S. namentlich auch die Frage der Operationshandschuhe. Er betont besonders den großen Nutzen der bereits früher von ihm empfohlenen (d. Blatt 1899, Bericht über den Chirurgenkongreß p. 24) antiseptischen Lederhandschuhe nach Wölfler bei größeren reinen Operationen (exkl. Bauchhöhle), für welche aus technischen Gründen Gummihandschuhe nicht verwendbar sind. Es sind dies rohlederne Handschuhe, die, in hochprozentiger Lysollösung aufbewahrt, vor dem Gebrauch in schwächerer Lysol- oder Sublimat-

lösung ausgewaschen werden. Sie erschweren den Übertritt von Keimen von der Hand in die Wunde ganz bedeutend und verdienen deshalb den Vorzug vor den aseptischen Zwirnhandschuhen, die schon nach kürzerer Operationsdauer selbst Bakterien enthalten. An den drei großen Gruppen der Brustdrüsenamputation, Hernien-Radikal- und Kropfoperationen wird die Besserung der Heilerfolge in der Wölflerschen Klinik seit Einführung der Handschuhe (1898) nachgewiesen. Die Zahl der Heilungen per primam stieg bei den ersteren von 83% auf 93%, bei den Bruchschnitten von 65% auf 96%, bei den Kropfoperationen von 67% auf 91,4%. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

3) **Credé.** Wie wirkt Collargol?

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1904. Nr. 20.)

4) **Georgi.** Über die Bedeutung der Silberbehandlung für die ärztliche Praxis.

(Ibid.)

Der Begründer der Silberbehandlung und sein Schüler G. berichten in diesen Aufsätzen über die Theorie der Silberwirkung und ihre praktische Verwertung.

Neben der bakteriziden Kraft des löslichen Silbers ist neuerdings von Rodsewicz in Petersburg noch eine Vermehrung der großen vielkernigen Leukocyten nach subkutaner und intravenöser Darreichung des Mittels für die Dauer von etwa 24 Stunden beobachtet. Schade hat außerdem die elektrokatalytische Kraft der Metalle, die besonders bei kolloidalen Formen auch im lebenden Körper zur Wirkung gelangt und eine energische Oxydationsbeschleunigung zur Folge hat, zur Erklärung der günstigen Beeinflussung vieler Krankheiten durch das Collargol herangezogen. Wenn auch damit die Frage der Collargolwirkung noch nicht erschöpfend klargelegt ist, so hält C. diese neuen, anscheinend unanfechtbaren Tatsachen wohl für geeignet, die bisherigen Vorstellungen darüber zu ergänzen.

G. gibt eine Übersicht über die geschichtliche Entwickelung der Silberbehandlung und bespricht die Anwendung des Collargols in Form von Streupulver, Tabletten, Salbe, Paste, Lösung, in Stäbchen, Suppositorien, Klysmen und Pillen, sowie die damit erzielten Erfolge. Die Bedeutung des Mittels faßt er in die Worte zusammen: »Collargol kann als Prophylaktikum und als äußeres und inneres Desinfiziens benutzt werden. Unter Benutzung dieses so wirksamen und unschädlichen Mittels werden die Aussichten chirurgischer Eingriffe und Verletzungen wesentlich gebessert. Die Silberbehandlung mit Collargol ist die einzige Behandlungsart, die jedes andere Antiseptikum unnötig macht und daher für den praktischen Arzt auch das denkbar einfachste Verfahren darstellt. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

5) **Reichardt** (Würzburg). Über akute Geistesstörung nach Hirnerschütterung.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 61.)

Die Geistesstörungen nach Hirnerschütterung von denen nach Kopfverletzungen absondernd, betont R., wie vorsichtig man den ursächlichen Zusammenhang beurteilen soll. Bei den verhältnismäßig seltenen traumatischen Hirnschädigungen treten »wechselreiche Krankheitsbilder mit Stupor-, Melancholie-, Katatonie- und ähnlichen Zuständen ein, doch entsprechen diese Erscheinungen durchaus den bei anderen organischen Hirnkrankheiten (Paralyse, Hirntumor, arteriosklerotische Hirndegeneration) beobachteten gleichen Symptomen. Mit der echten Melancholie, Katatonie haben sie nichts zu tun«.

Zum psychischen Trauma (Schreck) bemerkt er, daß noch kein Fall bekannt, in welchem ein einmaliger Schreck bei einem kurz vorher notorisch gesunden Individuum eine echte, länger dauernde Geisteskrankheit verursacht habe. Wohl aber komme Schreck als auslösendes Moment bei Prädisponierten in Betracht.

Eine »leichte« Hirnerschütterung könne klinisch rasch und vollständig ausheilen; doch finde man nicht selten nach Jahren bei der Sektion Kontusionsherde an der Basis der Stirn und an der Spitze des Schläfelappens. Besonders zu achten sei auf Defekte der Intelligenz, in erster Linie des Gedächtnisses nach Hirnerschütterung. Akute Psychosen äußern sich in Dämmerzuständen, deliriumartigen, aphasischen und asymbolischen Zuständen, die zuweilen ausheilen, oft in dauernde Demenz ausgehen. Drittens kommt es oft zu Charakterveränderungen, Reizbarkeit, Alkoholintoleranz, geistiger Schwäche, die schließlich unter dem Bilde einer Paralyse oder schweren arteriosklerotischen Hirndegeneration in Schwachsinn ausgehen können.

Verf. berichtet des weiteren über 6 Beobachtungen aus der Rieger'schen Klinik und erwähnt auch den interessanten Bericht, den Fürst Bismark über seinen Sturz mit dem Pferde und die eigenartige Seelenstörung danach gibt (in Moritz Busch, Graf Bismark).

R. sieht in den akuten transitorischen Erkrankungen nach Hirnerschütterungen, bei denen Desorientiertheit, Seelenblindheit, Asymbolie, Störungen der Laut- und Schriftsprache die Regel war, akute, oft reparable anatomische Veränderungen der betreffenden Hirnrindengebiete. Die exogene Ursache allein unterscheidet diese Geistesstörungen von den klinisch ganz gleichartig verlaufenden endogenen. Akute und chronische Alkoholvergiftung und sonstige Intoxikationen vermögen wahrscheinlich auf längere Dauer und ungünstigere Prognose einen Einfluß zu haben. **Stolper** (Göttingen).

6) **Sondermann.** Eine neue Methode zur Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

Die Methode besteht darin, daß durch einen auf die Nase aufgesetzten Luftsaugeapparat, der die Nase luftdicht mittels einer Maske

abschließt, während der Luftabschluß nach dem Rachen hin durch Aussprechen des Vokals i oder durch einen Schluckakt geschieht, in der Nasenhöhle eine Luftverdünnung erzeugt wird. Hierdurch wird das in der Nase bezw. in ihren Nebenhöhlen befindliche Sekret angesaugt und eine die Heilung begünstigende Hyperämie der Schleimhaut angeregt. S. glaubt mit diesem immer lange Zeit täglich mehrmals angewandten Verfahren in über 100 Fällen eine erhebliche Besserung der verschiedenartigsten Affektionen der Nasen- und Nasen-Nebenhöhlen, besonders auch der Ozaena, herbeigeführt zu haben. In diagnostischer Hinsicht ist die Methode nach S.'s Ansicht dadurch wertvoll, daß nach vorheriger Reinigung der Nasenhöhle angesaugte reichliche Mengen schleimigen oder schleimig-eitrigen Sekretes auf Herkunft desselben aus einer Nebenhöhle hinweisen. Nachteilige Folgen sind vom Verf. nie beobachtet worden. **Kramer** (Glogau).

---

7) **F. Kretschmann** (Magdeburg). Beitrag zur Operation des Kieferhöhlenempyems.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

K. legt zunächst einen Schnitt, von der Mittellinie beginnend, parallel dem Zahnfleischsaume des Oberkiefers und bis zum zweiten Molaris reichend, an, durchtrennt Schleimhaut und Periost, setzt sodann auf die Endpunkte dieses Schnittes je einen senkrechten, löst den Schleimhaut-Periostlappen nach oben, bis die Apertura pyriformis zutage tritt, und nunmehr von dem lateralen Pfeiler der letzteren die Schleimhaut bis über den Boden der Nasenhöhle und über die laterale Begrenzungswand zwischen Nasen- und Kieferhöhle ab. Jetzt wird mit dem Meißel die letztere eröffnet, die bukkale Wand des Knochens fortgenommen, dann die mediale Wand der Höhle entfernt und nach Entleerung der Sekrete von der Nase aus durch die geschaffene Knochenlücke ein Gazetampon in das Antrum eingeführt, dessen Schleimhaut indes nicht ausgekratzt wird. Die bukkale Schleimhautwunde heilt auch ohne Naht in verhältnismäßig kurzer Zeit. Die Tamponade wird nach genügender Rückbildung der Antrumschleimhaut, d. i. nach ca. 3—4 Wochen, fortgelassen. — Wenn nötig, kann durch Abmeißlung der vorderen medialen Kante und der dieselbe bildenden Seitenwände des Oberkieferkörpers der Zugang zum Antrum noch vergrößert werden, da nach den Erfahrungen Friedrich's eine Entstellung bei Wegnahme des lateralen Pfeilers der Apertura pyriformis nicht eintritt. **Kramer** (Glogau).

---

8) **J. Hutchinson jun.** The surgical treatment of facial neuralgia.

London, **J. Bale, sons and Danielsson,** 1905. 151 S. 22 Fig.

Verf. bespricht zunächst den Wert einer exakten Diagnose der epileptiformen Trigeminusneuralgie und weist darauf hin, daß Blut-

erkrankungen (Anämie, auch Malaria), Neuritis (Herpes, Tabes) und lokalisierte pathologische Prozesse, wie Caries dentium, Lues und Iritis hinter dem Bilde einer Neuralgia major verborgen sein können.

Folgende Punkte werden für die typische Trigeminusneuralgie geltend gemacht:

Der Sitz der Neuralgie ist fast ausnahmslos einseitig. — Die Neuralgie beginnt entweder im zweiten oder dritten Ast, um dann sich auf beide zu erstrecken. — Die beiden letztgenannten Äste werden in 60% zusammen befallen; alle drei nur in 25%. Das Ergriffensein des ersten Astes ist meist eine Irradiation.

Mit den Anfällen gehen oft Spasmen der Gesichtsmuskulatur einher.

In prognostischer Hinsicht ist Verf. nur ein Fall von Billroth bekannt, welcher spontan ausheilte.

Das mikroskopische Bild des erkrankten Nerven und Ganglion unterscheidet sich in nichts von dem des normalen Gewebes. Beschriebene pathologische Veränderungen mögen auf vorausgegangene extrakranielle Operationen zurückzuführen sein. Interessant ist die Zusammenstellung von zehn Geschwülsten, welche teils vom Ganglion selbst, teils von der Dura oder dem Knochen ausgingen.

Was die operative Behandlung der Neuralgie der einzelnen Äste anlangt, so empfiehlt Verf. bei inkomplizierter Infraorbitalneuralgie die extrakranielle Resektion dieser Nerven, welche er intrakraniell vorgenommen wissen will, sobald die Rami palatini mit betroffen sind. Ist nur der Unterkieferzweig ergriffen, so genügt die Resektion desselben durch Trepanation des Kiefers. Bei Affektion des Auriculo-temporalis jedoch muß der dritte Ast mit dem anliegenden Teile des Ganglion Gasseri reseziert werden. — In allen Fällen, in welchen zwei Hauptäste des Trigeminus erkrankt sind, sollte die Exzision des Ganglion, wie sie Verf. modifiziert, vorgenommen werden.

Verf. ist also ein Gegner der unbedingten Exstirpation des Ganglion Gasseri und hält eine Exzision mit Schonung des obersten, den ersten Ast liefernden Teiles für das Idealverfahren. Er beruft sich auf sieben nach dieser Methode operierte Fälle, welche in einer Beobachtungszeit von 2—7 Jahren rezidivfrei geblieben sind. Es werden ferner noch drei Fälle von anderen Operateuren erwähnt, die gleichfalls kein Rezidiv bekamen.

Die Bedingung einer radikalen Heilung erblickt Verf. in der Stellung einer strikten Indikation. Daß Hysterische und Luetische auf diese Art nicht vor Rezidiven geschützt werden können ist ja ohne weiteres klar. Ebensowenig ist aber andererseits erwiesen, daß in den Fällen eines Rezidivs auch das Ganglion bestimmt entfernt wurde. Verf. sind 2 Fälle bekannt, bei welchen man extrakraniell des Ganglion habhaft werden wollte, dieser Zweck aber erst bei einer zweiten, ebenfalls extrakraniellen Operation erreicht werden konnte. Aber auch bei intrakraniellem Eingriffe hält Verf. es für durchaus möglich, daß das Ganglion übersehen werden kann, und erwähnt die Exstirpation bei einer Hysterischen, welche durch eine intrakranielle Operation geheilt

wurde, aber keine anästhetische Stelle des Gesichtes aufzuweisen hatte.

Die Methode der modifizierten Exzision hält Verf. durch die Ausfallserscheinungen des ersten Astes bei der Exstirpation des Ganglion für begründet. Er tadelt, daß die Berichte über die Heilungen der Neuralgie so wenig von den Erkrankungen des Auges verraten, die doch oft gleichbedeutend mit dem Verluste dieses Organes sind. Von einer im Anschluß an die Operation auftretenden Keratitis sieht Verf. ganz ab, weil durch Hintanhaltung einer solchen Pat. noch lange nicht der Gefahr, seines Auges verlustig zu werden, entronnen ist. Die kritischen Erscheinungen treten oft viel später auf.

Von diesen Gesichtspunkten aus rät der Verf. zum Schluß seiner lesenswerten Darstellung für Exzision mit Schonung des Augenastes.

Hofmann (Freiburg i. Br.).

---

9) **E. Deetz.** Über Blutungen innerhalb des Wirbelkanales, deren Entstehung, Verlauf und Wirkung vom gerichtsärztlichen Standpunkt aus.

(Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin u. öffentliches Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. XXVII. Suppl.-Heft.)

Die intramedullären Blutungen sind die für das Leben wichtigeren, die extramedullären die bei weitem häufigeren. Die extramedullären Blutungen (Hämatorrhachis) sitzen epidural zwischen Knochen und Dura mater oder subdural zwischen Dura, den weichen Rückenmarkshüllen und dem Marke selbst. Meist stammen sie aus epiduralen venösen Geflechten. Die Blutungen können an die Stelle, wo man sie bei der Obduktion findet, sekundär hingeleitet sein, z. B. aus dem Kopfe nach Basisfrakturen. Sie sind meist die Folge von Verletzungen, nur sehr selten die von pathologischen Veränderungen im Wirbelkanal (Geschwülste usw.). Ihre klinischen Symptome sind die der Rückenmarkskompression.

Die intramedullären Blutungen (Hämatomyelie) bewirken durch Zerstörung von Nervenfasern schwerste Ausfallserscheinungen. Sie sitzen in der Regel in der grauen Substanz und dehnen sich in der Längsachse des Markes aus. 10% sind nicht traumatisch (Apoplexia spinalis, Geschwülste, Myelitis, epidemische Meningitis, hämorrhagische Diathese, spinale Blutungen beim Keuchhusten kleiner Kinder).

Die häufigste Ursache aller Wirbelkanalblutungen bilden Verletzungen, Zerrungen und Zerreißungen der Wirbelsäule durch Längszug, Brüche und Verrenkungen der Wirbel, Schuß- und Stichverletzungen, Kontusionen und Distorsionen. Zur Blutung durch Längszerrung der Wirbelsäule kommt es vor allem bei Zangenentbindungen nach Wendungen. Nach Verf.s Dafürhalten ist es nicht zu hoch gegriffen, wenn man bei 10% aller Kinder, die etwa in den 3 ersten Lebenstagen zur Obduktion kommen, Wirbelkanalblutungen annimmt.

Verf. bespricht ziemlich eingehend die Symptome der Wirbelkanalblutungen je nach dem Sitze derselben und geht dann auf die

klinischen Erscheinungen der nach Stichverletzungen auftretenden Brown-Séquard'schen Halbseitenverletzung des Rückenmarkes ein.

Führen die Wirbelkanalblutungen zu einer Lähmung (im medizinischen Sinne) der unteren Extremitäten, sowie der Blase und des Mastdarmes, so läßt sich im gerichtlichen Sinne sowohl der Begriff des Siechtumes, wie der der Lähmung anwenden. Die Blutungen, die im Anfange Lähmungserscheinungen machen, die aber nach einigen Monaten zurückgehen, gelten als einfache Körperverletzung.

Läwen (Leipzig).

---

10) **E. Müller.** Über die Lage der skoliotischen Abbiegungen in den verschiedenen Altersjahren.

(29. Mitteilung aus dem orthopädischen Institut von Dr. A. Lüning und Dr. W. Schulthess, Privatdozenten in Zürich.)

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Nachdem Schulthess in der Arbeit »Über die Prädilektionsstellen der skoliotischen Abbiegungen an der Wirbelsäule« gezeigt hat, an welcher Stelle der Wirbelsäule bei den meisten im Laufe der Jahre beobachteten 1140 Skoliosen die Krümmungen liegen, so lag der Gedanke nahe, nun auch zu prüfen, welche Lage diesen Krümmungen in den einzelnen Altersjahren zukommt, und welche Unterschiede in diesen einzelnen Jahren wie auch gegenüber der Schulthess'schen Gesamtstatistik sich ergeben würden. Die vorliegende Arbeit lehnt sich demnach an die Schulthess'sche an. Die wesentlichen Ergebnisse sind folgende:

1) Die allgemeine Frequenz der beobachteten Skoliosen steigt vom 8.—14. Jahre stetig und nimmt alsdann wieder ab.

2) In der Zeit vom 8.—17. Jahre zeigt sich das Frequenzmaximum der rechtskonvexen Abbiegungen immer in der Höhe des 6.—8. Brustwirbels.

3) Das Frequenzmaximum der linkskonvexen Krümmungen steht im 8. Jahre höher, entsprechend dem 8.—10. Brustwirbel, sinkt dann bis zum 15. Jahre hinunter auf den 1.—2. Lendenwirbel und bleibt hier auch in den folgenden Jahren.

4) Vom 8.—17. Jahre fällt mit wenig Ausnahmen die Frequenz der linkskonvexen Skoliosen und steigt diejenige der rechtskonvexen; fast gleichmäßige Verteilung zeigt das 14. Jahr.

5) Die Zahl der Nebenkrümmungen vermehrt sich fast stetig vom 8.—17. Jahre. Die Vermehrung kommt hauptsächlich auf Rechnung der linkskonvexen Nebenkrümmungen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

11) **F. Lange** (München). Die Behandlung der Skoliose durch die aktive und passive Überkorrektur.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

In dem auf dem letzten Orthopädenkongreß in Berlin gehaltenen Vortrage schildert L. die von ihm in der Skoliosenbehandlung ange-

wandten Methoden, welche darauf ausgehen, den gedehnten M. erector trunci der konvexen Seite durch einfache Widerstandsgymnastik einseitig zu kräftigen und die von den mehr oder weniger verkürzten Bändern und Muskeln auf der konkaven Seite entgegengesetzten Widerstände durch passive Überkorrektur zu beseitigen. L. erreicht dies mit sehr einfachen Apparaten, die in der Abhandlung abgebildet und in ihrer Wirkungsweise illustriert sind. Nachts läßt er ein Zelluloid-Stahldrahtbett benutzen, dessen redressierende Wirkung unabhängig von der Willkür des Pat. ist (s. Original). Die von S. erreichten Resultate waren, wenn nicht bereits vollständige Versteifung der skoliotischen Wirbelsäule eingetreten war, bei jahrelanger Durchführung der Behandlung sehr günstige, wie eine Reihe von Bildern erkennen läßt.

Kramer (Glogau).

---

12) **J. Guszman.** Zur Tabes-Syphilisfrage im Anschluß an einige mit manifester Syphilis verbundene Tabesfälle.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXIX. Nr. 12.)

In neuester Zeit mehren sich die Äußerungen, daß die Tabes nicht eine postsyphilitische, sondern eine im eigentlichen Sinne syphilitische Affektion sei. Es gibt unzweifelhaft eine Anzahl von Gründen, welche eine solche Auffassung zu stützen geeignet sind. G. will zu diesen Gründen auch die Tatsache rechnen, daß bei Tabes sicher Tertiär-, also eigentlich syphilitische Symptome vorkommen. Er belegt diese wohl allgemein be- und anerkannte Tatsache durch literarisches und eigenes Material. Warum es »logischerweise zweifellos unmöglich« ist, daß postsyphilitische (nach der meist vertretenen Auffassung toxische) und tertiäre Symptome mit einer im Wesen verschiedenen Pathogenese zu gleicher Zeit vorhanden sind, ist mir allerdings nicht klar. Daß man auf diese Weise die eigentlich syphilitische Natur der Tabes beweisen könne, glaube ich nicht. Beherzigenswerter erscheint mir der Vorschlag des Verf., alle Tertiärsyphilitischen auf tabische Symptome zu untersuchen und daraus eine Statistik aufzustellen — wobei allerdings zu berücksichtigen sein wird, daß die tertiären Erscheinungen in ihrer überwiegenden Mehrzahl kürzere Zeit nach der Infektion auftreten als die Tabes.

Jadassohn (Bern).

---

13) **J. Guszman und C. Hudovernig.** Über die Beziehungen der tertiären Lues zur Tabes dorsalis und Paralysis progressiva.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 1.)

Die Verff. haben 50 Kranke mit tertiär-syphilitischen Erscheinungen, bei denen die Infektion länger als 3 Jahre zurücklag, auf ihr Nervensystem genauer untersucht und sind dabei zu dem Resultate gekommen, daß nur 44% nervengesund waren; Tabes, progressive Paralyse und Taboparalyse fanden sich in 46%, ja mit Zurechnung der verdächtigen Fälle in 54% der Fälle. Die Therapie schien keinen deut-

lichen Einfluß zu haben, wohl aber die hereditäre Belastung. Diese Untersuchungen, welche zu einem ganz über Erwarten traurigen Resultate geführt haben, bedürfen dringend weiterer Nachprüfung an größerem Material. **Jadassohn** (Bern).

---

14) **M. Sänger.** Wasserstoffsuperoxyd bei Erkrankungen der oberen Luftwege.

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1904. Nr. 22.)

Das den Chirurgen besonders bei Verbandwechseln durch Abhebung der angetrockneten Verbandstoffe wertvolle Mittel empfiehlt S. wegen seiner blutstillenden, desodorisierenden und analysierenden Wirkung bei gewissen Krankheiten der Nase und des Rachens.

Bei Nasenbluten läßt man es als $1^1/_2$%ige Lösung aufschlürfen oder man tamponiert mit einem in 6%ige Lösung getauchten Wattebausch. Desgleichen genügte es stets zur Blutstillung nach operativen Eingriffen im Kehlkopfe oder Rachen. Bei Angina lacunaris bringt es nach kürzester Zeit den Belag zum Verschwinden. Desgleichen empfiehlt es sich sehr zur lokalen Behandlung der Rachendiphtherie. Wegen der zähflüssiges oder eingetrocknetes Sekret abhebenden Wirkung eignet es sich besonders zur Behandlung der Rhinitis, Pharyngitis und Laryngitis sicca. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

---

15) **D. Bryson-Delavan.** Malignant disease of the larynx.

(New York med. record 1904. September 17.)

D. stellt fest, daß die frühzeitige radikale Operation allein Aussicht auf Heilung bei Kehlkopfkrebs gibt, daß weder ein Arzneimittel vom Arsenik bis zum Terpentin, noch Antitoxin, noch flüssige Luft, noch die Ligatur der Karotiden irgendeine Aussicht auf Erfolg darbieten. Auch X-Strahlen, Radium, ultraviolettes Licht und hochgespannte Ströme haben bisher den Erwartungen nicht entsprochen.

Die präliminare Tracheotomie setzt zwar den Pat. einer Infektion von der Wunde und die Wunde selbst der Gefahr einer Impfung von der Geschwulst her aus, ist aber in geeigneten Fällen ohne Zweifel durch Verbesserung der Atmung und des Allgemeinbefindens eine sehr geeignete Vorbereitung zur Operation. **Loewenhardt** (Breslau).

---

16) **Pineles.** Klinische und experimentelle Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse.

(Mitteilungen aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Zuerst haben Vassale und Generali die Lehre aufgestellt, daß der Schilddrüsenausfall die chronischen, trophischen Störungen der Kachexie, der Ausfall der Epithelkörperchen (Glandulae parathyreoideae) aber die akuten tödlichen Erscheinungon der Tetanie bedingen. P. gibt nun durch klinische und experimentelle Untersuchungen dieser interessanten und wichtigen Auffassung sehr wesentliche Stützen.

Zunächst zeigen die Fälle von kongenitaler Thyreoaplasie beim Menschen, welche das reinste, durch die Natur ausgeführte Experiment eines totalen Schilddrüsenausfalles bei vollkommen normalem Verhalten der Epithelkörperchen darstellen, daß die Funktion der Schilddrüse zum Leben nicht unbedingt notwendig ist; denn solche Individuen können ein Alter bis zu 37 Jahren erreichen. Symptome von Tetanie, allgemeine tetanische Krämpfe, Spasmen und Paresen werden bei ihnen stets vermißt, weil sie eben normale Epithelkörperchen besitzen. Erzeugt man den umgekehrten Zustand, d. h. exstirpiert man Tieren nur die Epithelkörperchen und beläßt ihnen die Schilddrüse, so bekommt man Tetanie ohne Kachexie; wenigstens sprechen Versuche an Katzen und Hunden sicher, die an Affen mit Wahrscheinlichkeit für dieses Verhältnis, während Versuche an Kaninchen undeutliche Bilder zeigen. Die Erfahrungen beim Menschen nach Kropfoperationen sprechen gleichfalls dafür. Eine genaue Analyse der beobachteten Fälle von Tetanie nach Kropfoperationen zeigt nämlich, daß Tetanie besonders dann auftrat, wenn die unteren Pole der Seitenlappen weggenommen worden waren, also gerade diejenige Schilddrüsenportion, bei deren Entfernung die Epithelkörperchen am leichtesten geschädigt oder mitexstirpiert werden. Dies wird ferner bestätigt durch die Tatsache, das Zungenkröpfe, auch bei nachgewiesenem völligen Fehlen der Schilddrüse an normaler Stelle, total entfernt worden sind, ohne daß jemals Tetanie beobachtet wurde; es erklärt sich das daraus, daß die an normaler Stelle am Halse liegenden Epithelkörperchen bei der Operation des Zungenkropfes gar nicht geschädigt werden können.

Für das Handeln des Chirurgen ergibt sich daraus, daß Schilddrüse und Epithelkörperchen zwei Organe sind, von denen ein jedes wegen seiner hohen funktionellen Bedeutung bei der Operation zum Teil zurückgelassen werden muß. Betreffs der Epithelkörperchen sei auf ihre häufige Lage an der unteren Hälfte des Seitenlappens hingewiesen; daher wird die Entfernung des Mittellappens und der oberen Partien des Seitenlappens meist ohne nennenswerte Schädigung der Epithelkörperchen von statten gehen. Die Erkenntnis dieser Verhältnisse erklärt es, warum man manchmal zu seiner Überraschung Tetanie nach Kropfoperationen sieht, obwohl man reichlich soviel Schilddrüsensubstanz zurückgelassen hat, wie bei zahlreichen anderen Operationen, die nicht von Tetanie gefolgt sind. **Haeckel** (Stettin).

---

17) **S. Christens.** Vorläufige Mitteilungen über Behandlung des Morbus Basedowii mit Organopräparaten von thyreoidektomierten Ziegen.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 5.)

Zur symptomatischen Bekämpfung der Hyperthyreoidisation, die allemal angewendet werden sollte, bevor man eine Operation vorschlägt, verabfolgte Verf. an 18 Basedowkranke frische Milch, ge-

trocknetes Milchpulver, Serum innerlich und subkutan, Bluttabletten thyreoidektomierter Ziegen mit gutem Erfolge bei genügend langer Ausdauer. Die objektiven Erscheinungen (Kropf, Exophthalmus, Herzdegeneration, Pulsfrequenz) besserten sich nicht auffällig, wohl aber die subjektiven Beschwerden, der Ernährungszustand, das Allgemeinbefinden. Zwei Krankengeschichten. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

18) **Stuertz.** Zur Diagnose der Pleuraadhäsionen an Perikard und Zwerchfell.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 5.)

Auskultation und Perkussion lassen bei Pleura- und Perikardverwachsungen nicht selten im Stiche; mit Hilfe der Röntgenstrahlen kann die Diagnose oft sicher gestellt werden. Auf Grund seiner Erfahrungen an fünf Fällen kommt Verf. zu folgenden, in den Hauptpunkten hier wiedergegebenen Schlußsätzen:

1) Zarte Adhäsionen sind weder durch Röntgoskopie noch durch Röntgographie sichtbar zu machen; doch können die röntgoskopisch wahrnehmbaren, durch Adhäsionen bewirkten Bewegungsstörungen an den Herz- und Zwerchfellskonturen für sich allein schon die Diagnose sichern.

2) Zacken und winklige Unregelmäßigkeiten der Konturen sind nur dann diagnostisch verwertbar, wenn deutliche Bewegungshindernisse radioskopisch sichtbar werden.

3) Zur Darstellung der Adhäsionen ist vor allen Dingen eine Aufnahme in tiefer Inspirationsstellung erforderlich.

Experimentell vom Verf. an Leichen und am lebenden Hunde erzeugte Perikardzacken ergaben auf der Platte keine Schatten.

Gaugele (Breslau).

---

19) **J. Lange** (Leipzig). Beitrag zur Therapie der Ischias.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 52.)

L. hat in mehreren Fällen die von Schleich empfohlene Behandlung der Ischias mittels der Infiltrationsmethode in etwas modifizierter Form angewandt und damit auffallend günstige Resultate erzielt. An der Austrittsstelle des Nerven aus dem Foramen ischiadicum wird mit der Schleich'schen Spritze zunächst eine Quaddel in der Haut gebildet und dann sofort mit der langen Nadel unter gleichzeitigem Einspritzen der Braun'schen Lösung von Eukain-β (1‰ in 8‰iger NaCl-Lösung) bis auf den Nerv vorgegangen. Sobald dieser von der Nadel berührt wird (blitzartiger Schmerz im ganzen Verlaufe des Ischiadicus), werden 70—100 ccm rasch injiziert. Das nach einiger Zeit eintretende Spannungsgefühl läßt meist nach wenigen Stunden nach, der Druckschmerz an der Einstichstelle dauert etwas länger; wenn nötig, wird die Injektion nach einigen Tagen wiederholt. Leichte Intoxikationserscheinungen (Übelkeit, Appetitsverminderung, Abstump-

fung des Geschmackes), Schüttelfröste und Temperatursteigerung gingen fast immer schnell vorüber. In fünf Fällen war der Erfolg ein vollkommener und ganz auffallend rasch eingetreten, so daß die Kranken, die wochenlang durch die Schmerzen am Gehen behindert waren, nach ein oder zwei Einspritzungen wie ein völlig Gesunder ohne alle Beschwerden gehen konnten. L., der das Verfahren nach erfolgloser Anwendung der anderen Methoden warm empfiehlt, ist der Ansicht, daß die günstige Wirkung weniger auf das Eukain, als auf den Eintritt von Quellung, Zerrung u. dgl. durch die injizierte isotonische Flüssigkeitsmasse zurückzuführen sei, daß durch die mechanische Wirkung derselben Veränderungen hervorgerufen werden, die ähnlich wie in gewissen Fällen die stumpfe oder blutige Nervendehnung, durch reaktive Entzündung eine Heilung resp. Besserung bedingen.

Kramer (Glogau).

---

20) R. Werndorff. Die axillare Abduktion in der Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksverrenkung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Es wurde in der letzten Zeit von verschiedenen Seiten die Forderung aufgestellt, die von Lorenz angegebene rechtwinklige, resp. negative Abduktionsstellung zugunsten einer Primärstellung in verminderter, mit Innenrotation verbundener Abduktion zu verlassen. Die Wahl einer solchen Primärstellung wird ja bei sehr guten anatomischen Verhältnissen manchmal zu dem gewünschten Erfolge führen, aber aus dieser Methode eine Regel zu machen, dazu konnten sich Lorenz und seine Schüler nie entschließen, sondern sie sind einer extremen Stellung als Primärstellung immer treu geblieben. W. ist sogar in der Lage, an der Hand von Röntgenbildern und eines anatomischen Präparates zu zeigen, daß man durch die Ungunst der anatomischen Verhältnisse manchmal gezwungen sein kann, eine allerextremste Stellung zu wählen, eine Stellung, für welche W. den Namen axillare Abduktion vorschlägt.

So wie wir durch die rechtwinklige, resp. negative Abduktion die hintere Kapsel verkürzen, um das Hinübergleiten des Kopfes über den hinteren Pfannenrand zu verhindern, ebenso müssen wir die obere Kapsel durch Faltung zur Verkürzung und Schrumpfung bringen, und wenn die bisher gebräuchlichen Grade der negativen Abduktion dazu nicht ausreichen, dann muß man eben einen Schritt weiter gehen und die extremste Abduktion wählen, die man anatomisch überhaupt wählen kann, das ist eine Stellung, bei welcher der Oberschenkel dem Thorax ganz anliegt und sich das Knie in der entsprechenden Achselhöhle befindet. Diese axillare Abduktion muß man aber gerade bei ungünstigen anatomischen Verhältnissen anwenden, weil sie die allerbeste Einstellung des Kopfes in die Pfanne gibt, indem sich der axillar abduzierte Kopf absolut konzentrisch in die Pfanne einstellt. Sie empfiehlt sich deshalb nur in Ausnahmefällen, wenn nämlich trotz monatelanger Fixation in rechtwinkliger, bezw. negativer Abduktion eine Reluxation

eingetreten ist. Verf. teilt die Krankengeschichten von acht derartigen Fällen mit.

Der vorliegenden Mitteilung liegt ein Vortrag zugrunde, den Verf. auf der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Breslau gehalten hat.

J. Riedinger (Würzburg).

---

21) **Witt.** Beitrag zur Behandlung der Koxitis in vorgeschrittenen Fällen.

Inaug.-Diss., Königsberg, 1904.

W. empfiehlt in vorgeschrittenen Fällen von Koxitis, bei denen Stellungsabweichungen vorhanden sind, die permanente Extension zunächst in der falschen Stellung; allmählich wird dann die Streckwirkung in die richtige Stellung hinübergeleitet; die erkrankte Extremität wird zu diesem Zweck an eine dorsale Gipshanfschiene bandagiert und an einem Galgen suspendiert. Das Verfahren zeichnet sich besonders dadurch aus, daß in außerordentlich schonender, schmerzloser und rascher Weise die Rückführung in die normale Stellung erzielt wird. W. illustriert die Wirkung dieses Verfahrens durch Mitteilung von fünf Krankengeschichten aus der Höftmannschen Klinik, in denen in einem Zeitraume von 8—13 Tagen eine vollkommene Korrektur der Deformität auf diesem Wege erreicht wurde. Zur Nachbehandlung empfiehlt W. die von Höftmann angegebene Hüftgehschiene, deren besonderer Vorzug darin besteht, daß sie bei voller Erhaltung der Beweglichkeit in allen Gelenken eine gute Distraktion des erkrankten Hüftgelenkes gewährleistet.

Deutschländer (Hamburg).

---

22) **J. D. Ghiulamila.** Die Verwendung der Osteotomie zur Ausgleichung von koxitischen Ankylosen.

(Med. Klinik 1905. Nr. 5.)

Von den 14 Operationsmethoden bei koxitischer Ankylose, der Osteotomie am Schenkelhalse, Trochanter und unterhalb desselben, die z. T. durch Abbildungen anatomischer Präparate erläutert werden, empfiehlt Verf. für geringere Flexions-, Adduktions- und Rotationsstellungen ohne nennenswerte Verkürzung die einfache lineäre trochantere Osteotomie, wenn sie auch nur die Stellung, nicht die Verkürzung ausgleicht. Die keilförmige Osteotomie ist bei äußerster Flexion sowie dann am Platze, wenn der Oberschenkelknochen sehr dünn ist und die Bruchstücke deshalb sehr genau aneinander angepaßt werden müssen; die Verkürzung wird dabei stets vermehrt. Dagegen erfüllt in der überwiegenden Zahl der übrigen Fälle die Hoffasche schräge subtrochantere Osteotomie mit subkutaner Durchschneidung der Adduktoren- und der Muskelansätze an die Spina il. ant. sup., unter Umständen auch des Iliopsoasansatzes am Troch. min. alle Forderungen. Sie ist ein einfaches Verfahren, das Gelenk selbst bleibt unberührt, damit auch etwa noch schlummernde Krankheitsherde; es entsteht eine

Ankylose in funktionell bester Stellung, Verlängerung des Beines mit Beseitigung des Widerstandes der Weichteile. Operationstechnik und Nachbehandlung, in der die Gymnastik eine große Rolle spielt, werden nach den günstigen Erfahrungen der Hoffa'schen Klinik eingehend geschildert.

G. Schmidt (Berlin).

---

23) **Wiedmann.** Ein Beitrag zur Lehre von der Heißluftbehandlung des traumatischen Kniegelenksergusses.

Inaug.-Diss., Bonn, 1904.

W. teilt die Erfahrungen mit, die im Kölner evangelischen Krankenhause an 30 Fällen von traumatischem Kniegelenkserguß mit der Heißluftbehandlung gemacht worden sind. Der Erguß wurde bei den verschiedensten Formen des Hydrops (frischen, veralteten, komplizierten und rezidivierenden) fast immer schnell und dauernd beseitigt. Die durchschnittliche Gesamtbehandlungsdauer betrug, trotzdem die Pat. im allgemeinen noch 14 Tage lang nach Beseitigung des Ergusses zwecks Beobachtung etwaiger Rezidive im Krankenhause behalten wurden, 36,5 Tage mit 80% vollständiger Heilung. Bei den Nichtgeheilten wurde in jedem Falle eine ganz erhebliche Besserung verzeichnet; der Grund der Nichtheilung lag fast stets in Nebenumständen, komplizierenden Gelenkverletzungen, Verhalten der Pat. usw., begründet. Bis zum Schwinden des Ergusses hält W. strenge Bettruhe für angezeigt; bei frischen Verletzungen empfiehlt er in den ersten Tagen die Anwendung einer Schiene. Bei sehr erheblichen traumatischen Ergüssen ist die Punktion mit darauffolgender Kompression eine Woche lang anzuraten; erst dann soll die Heißluftbehandlung einsetzen. Die heiße Luft wird täglich eine Stunde lang bis zu Temperaturen von 120° appliziert; in Anwendung kamen die Bier'schen Heizkästen. Die Vorteile dieser Behandlungsweise bestehen darin, daß sie 1) schmerzlindernd wirkt und keine Beschwerden und Unannehmlichkeiten verursacht, daß sie 2) im Gegensatze zur Fixationsbehandlung Funktionsstörungen, Muskelatrophie und Versteifungen verhütet, und daß sie 3) bezüglich der Rezidive eine gute Prognose gibt.

Deutschländer (Hamburg).

---

24) **J. D. Ghiulamila** (Bukarest). Die Korrektion und Fixation des Klumpfußes nach dem forcierten Redressement.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Verf. übt auf Grund einer reichen Erfahrung eine scharfe Kritik an der bisweilen recht oberflächlichen und unzweckmäßigen Art und Weise der Verbandanlegung beim redressierten Klumpfuß. Kein Verfahren verspricht ohne gut angelegte Gipsverbände voll befriedigende Resultate, weder das König'sche Redressement forcé, noch das Lorenz'sche modellierende Redressement, noch das Wolff'sche Etappenredressement. Nach G. ist der Fixationsverband beim Klumpfuß immer noch der schwierigste in der ganzen orthopädischen Technik;

er ist der Prüfstein für die Geschicklichkeit der Orthopäden, und es gibt wenig Chirurgen, ja sogar Orthopäden, welche die Technik dieser Fixation beherrschen. Deshalb sind auch die Resultate in verschiedenen Händen so verschiedene. Da die Frage in der Literatur nicht erschöpfend behandelt ist, so unternimmt es Verf., diese Lücke ausfüllen.

Zuerst hebt er die Schwierigkeiten hervor und macht auf die Fehler aufmerksam, die bei der Anlegung der Fixationsverbände gemacht zu werden pflegen. Er führt hierbei aus, daß einseitige Redressionsbestrebungen entweder zu Rezidiven oder zu fehlerhaften Korrekturstellungen des Fußes führen. Eine Hauptschwierigkeit bietet bekanntlich die Supinationsstellung der Ferse. Der Verband darf erst dann angelegt werden, wenn das Redressement in allen seinen Komponenten beendet ist. Er muß unter Vermeidung jeder Kompression die Form haben, die wir dem Fuße zu geben wünschen. Er soll fixieren, aber nicht redressieren.

In einzelnen Kapiteln bespricht Verf. alsdann das Verbandmaterial, die Anlegung des Verbandes, die Korrektion nach Anlegung des Verbandes, das Ausschneiden des Verbandes, die vorkommenden kleinen Inkonvenienzen, wie ungenügende Korrektion, zu geringe Festigkeit, zu enges Anliegen, Dekubitus, Rutschen des Verbandes, Erweichen usw., ferner die Dauer der Behandlung, den Effekt der Fixation und das Alter, in dem man mit dem Anlegen der Gipsverbände beginnen soll.

Die in didaktischer Hinsicht sehr beachtenswerte Arbeit zeichnet sich durch klare und präzise Darstellungsweise aus. Einige gute Abbildungen tragen zum Verständnis derselben bei.

J. Riedinger (Würzburg).

---

25) **D. G. Zesas.** Über die Beziehungen zwischen Plattfuß und Skoliose.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Von 150 skoliotischen Pat. der Hoffa'schen Klinik hatten nach den Untersuchungen des Verf.s 102 Plattfüße, nur 48 normale Füße. Verf. war somit in der Lage, das schon von früheren Autoren beobachtete häufige Zusammentreffen beider Erkrankungen zu bestätigen. Seine Meinung geht dahin, daß der Plattfuß in der Mehrzahl der Fälle als eine Begleiterscheinung der Skoliose aufzufassen ist und kein statisch-ätiologisches Moment derselben darstellt.

J. Riedinger (Würzburg).

Kleinere Mitteilungen.

26) **H. Küttner** (Marburg). Operationsbesteck mit Einrichtung zur Sterilisation von Instrumenten und Verbandstoffen. Für die Feldlazarette vom Roten Kreuz konstruiert.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

Der Preis des Besteckes, daß bei der Aktiengesellschaft für Feinmechanik in Tuttlingen erhältlich ist, beträgt 965 *M*. Ca. 300 Einzelinstrumente bilden mit

Instrumenteneinsätzen, Sterilisierkasten usw. seinen Inhalt, der in einem mit wasserdichtem Segeltuchüberzug versehenen Kasten aus poliertem Eichenholz untergebracht ist (siehe Abbildungen im Originale). **Kramer** (Glogau).

27) **Michels.** Neues Nähbesteck.

(Ärztl. Polytechnik 1904. Oktober.)

M. näht mittels Nähklammern von Metall, welche durch eine Pinzette mit Klammerhalter auf die Wundränder gelegt und dann zusammengebogen werden. Ein besonderer Haken dient zur Entfernung derselben nach der Heilung. Die Pinzette dient zugleich als Klammerhalter. Abbildung im Original.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

28) **Jürgen-Harms.** Verfahren zur Entfernung tiefgelegener Nähte aus Wunden.

(Ärztl. Polytechnik 1904. September.)

J.-H. hat ein den bekannten Ligaturstäbchen ähnliches Instrument konstruiert, welches zum Schnüren tiefer Nähte dient. Es bleibt in der Wunde liegen und ragt mitsamt den Fadenenden vor. Bei seiner Entfernung kommt der Faden mit heraus. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

29) **Zibulski.** Verstellbarer Universal-Armstützapparat.

(Ärztl. Polytechnik 1904. Dezember.)

Obiger Apparat dient für die Vornahme von Operationen an der Hand und dem Arme sowie zur Lagerung des Armes bei verschiedenen Krankheiten. Pat. sitzt und legt seinen Arm auf die Stütze, ein geschweiftes Polster stützt dabei in der Achselhöhle. Die Stützen sind verstellbar und regulierbar. Der zugehörige Tisch (Dreifuß) ist mit dem Stuhle zu verbinden; bei Bettlage wird er ans Bett geschoben. Die Hand und der Arm können auf der Stütze gewaschen und irrigiert werden. Zwei Abbildungen im Original. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

30) **Friedmann.** Orthopädische Lagerungsbank.

(Ärztl. Polytechnik 1904. September.)

Obige Bank stellt eine Art Pritsche dar, deren Lager verschieden stellbar ist. Auf demselben werden Polsterkissen angebracht, welche Druckwirkung auf Skoliosen, Kyphosen usw. bezwecken. Der Apparat soll namentlich im Hause regelmäßige Anwendung finden. Eine Figur im Original.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

31) **E. Müller** (Stuttgart). Anstaltsbericht seiner Privatklinik für Orthopädie und Kinderchirurgie.

(Med. Korrespondenzblatt des Württemb. ärztlichen Landesvereins 1905. Januar 7.)

Bei der Skoliosenbehandlung hat M. die Anlegung orthopädischer Korsetts gegen früher sehr eingeschränkt; er verwendet sie nur noch bei ganz schweren Fällen, die sich nicht mehr korrigieren lassen. Aus M.'s Plattfußstatistik erhellt, daß in der Nichtkassenpraxis der Plattfuß beim weiblichen Geschlechte mindestens gerade so häufig ist wie beim männlichen; besonders häufig waren Schmerzen und Schwielenbildung an der Fußsohle unter dem Capitulum metatarsi III vorhanden, was gegen die v. Meyer'sche Theorie spricht, die den dritten Mittelfußknochen als vorderen Stützpunkt des normalen Fußes annimmt. Unter 206 Plattfußpatienten wurde in mehr als $^1/_3$ der Fälle die Achillessehne verkürzt gefunden; die Verkürzung war meist durch die Plantarflexionsstellung des Talus und Calcaneus sekundär entstanden; 9mal wurde die von M. angegebene (cf. dieses Blatt 1903 Nr. 2) Plattfußplastik: Einpflanzung der Sehne des M. tibialis anticus in einen Kanal des Os naviculare, ausgeführt, 8mal mit sehr schönem funktionellen und kosmetischen Resultate. Von 32 abgeschlossenen Fällen von angeborener Hüft-

verrenkung ist bei 24 der Erfolg vollkommen in bezug auf Funktion und örtlichen Befund, bei 3 besteht noch starke Gelenksteifigkeit, bei 5 wurde nur Transposition des Kopfes in die Pfannengegend ohne Eintritt in die Pfanne selbst erreicht. Bei angeborenem Klumpfuß führt M. grundsätzlich immer die Tenotomie der Achillessehne aus; in 3 Fällen bei jungen Kindern wurden die sehr harten Knochenkerne im Talus und Calcaneus nach Ogston entfernt, worauf das Redressement auffallend leicht gelang. Bei abnormer Gelenkstellung infolge Tuberkulose hält M. die Gefahr einer Verallgemeinerung der Tuberkulose durch das in einer Sitzung in Narkose vorgenommene Redressement für geringer als bei etappenweiser Korrektur ohne Narkose. Von den behandelten Verletzungen seien 6 Fälle erwähnt, die nach einem Fall auf das Bein als einzige Folge eine auffallend starke Atrophie des Quadriceps davongetragen hatten. In einem Falle von ischämischer Muskellähmung am Vorderarme nach Oberarmfraktur wurde nach Henle ein Stück aus den Vorderarmknochen herausgenommen, um die Länge der Knochen derjenigen der Muskeln anzupassen; es trat teilweiser Erfolg ein. In einem zweiten Falle mit Radialislähmung wurde der an der Oberarmfrakturstelle in Kallusmassen eingeklemmte Nerv gelöst, und die Sehnen der stark geschrumpften Beugemuskeln am Vorderarm offen treppenförmig verlängert; der Erfolg scheint sehr gut zu werden. Schließlich erwähnt M. noch einzelne interessante Fälle, z. B. von intrauterin entstandener Radialislähmung durch Druck einer Oberarmgeschwulst bei einem Neugeborenen und ferner von angeborener Knieverrenkung.

Mohr (Bielefeld).

32) **Langer.** Eine ungewöhnliche Form von Osteomyelitis (multiple rarefizierende Osteomyelitis).

(Zeitschrift für Heilkunde 1904. Hft. 12.)

L. veröffentlicht einen in mancher Hinsicht interessanten Fall von chronischer Osteomyelitis der Vorderarmknochen und des Oberarmes bei einem 12jährigen Knaben, die zuerst zu kariöser Zerstörung und Fistelbildung der Handwurzelknochen, später zu einer hochgradigen Rarefikation der Vorderarmknochen und des Oberarmes führte, so daß eine Oberarmamputation notwendig wurde. Bemerkenswert in diesem Falle war, daß jede makroskopisch sichtbare Eiterung fehlte; nur bei mikroskopischer Untersuchung konnten eine große Zahl kleiner Abszesse im Marke nachgewiesen werden, in deren Bereich zahlreiche kurze Ketten von Streptokokken lagen; auch in den übrigen Teilen des Markes konnten Befunde von Streptokokkenherden erhoben werden. Gleichzeitig bestand eine außerordentliche Verdünnung der Corticalis und ein sehr ausgesprochener Schwund der Spongiosa, so daß z. B. der Humerus durch einen elastischen Schlauch bei Anlegung der Blutleere frakturiert wurde; der Knochen selbst ließ sich bequem mit Messer und Schere schneiden. Eine Reihe von Erscheinungen wies ferner darauf hin, daß auch an den Knochen der unteren Extremität ähnliche, wenn auch nicht so hochgradige, Rarefikationsprozesse bestanden. Außerdem ließ sich noch eine ziemlich starke polynukleäre Leukocytose mit charakteristischer Verminderung der eosinophilen Zellen konstatieren. L. erklärt diese chronische, ohne sichtbare Eiterung verlaufende Osteomyelitis als eine Eigentümlichkeit der Streptokokkeninfektion und stützte diese Ansicht durch eine Reihe von Beobachtungen aus der Literatur (Kocher, Lexer, Garrè, Delcourt).

L. spricht die Ansicht aus, daß es sich in diesem Fall um den Typus eines eigenen, bisher in der deutschen Literatur nicht fixierten Krankheitsbildes handeln könne, das speziell dem kindlichen Alter eigentümlich wäre, und als eine einen großen Teil des Knochensystems befallende, chronisch verlaufende, nicht zur Eiterung führende Streptokokkenosteomyelitis zu charakterisieren wäre.

Deutschländer (Hamburg).

33) **Smolny.** Über Homoplastik der langen Röhrenknochen.

Inaug.-Diss., Breslau, 1904.

S. berichtet nach einer Übersicht über die Geschichte und Methodik der Osteoplastik über drei Fälle der Breslauer chirurgischen Universitätsklinik, bei denen

große Defekte langer Röhrenknochen, von 14, 26 und 7 cm Länge, und zwar zweimal beim Humerus und einmal bei der Tibia, durch tote Knochen ersetzt wurden, die von menschlichen Leichen herrührten und mit Äther, Alkohol und 1stündigem Kochen vorbehandelt wurden, nachdem sie von Periost und Knochenmark befreit worden waren. In allen drei Fällen handelte es sich um ausgedehnte Resektionen wegen Sarkoms. Obwohl das Alter der Pat., die 17, 19 und 41 Jahre alt waren, einen Erfolg erhoffen ließ, so erfolgte doch in keinem dieser Fälle die Einheilung des transplantierten Knochens. In dem ersten Falle, einem Humerussarkom, wurde die Einheilung durch Eiterung, in den beiden anderen, einem Humerus- und einem Tibiasarkom, durch Geschwulstrezidive vereitelt. S. hält daher diese Methode des Defektersatzes für praktisch ungeeignet. **Deutschländer** (Hamburg).

34) **H. J. Pringle.** An unusually situated haemorrhage from the meningeal artery.

(Scott. med. and surg. journ. 1904. April.)

Verf. berichtet über ein ungewöhnlich gelagertes meningeales Hämatom, das er als sphenoidal bezeichnet wissen will. Die Symptome ließen auf einen Sitz in der Gegend der linken Zentralwindung schließen, und zwar vermöge der anfallsweise auftretenden und universell endigenden Konvulsionen auf einen subduralen. Es zeigte sich denn auch extradural kein Hämatom, während beim Eröffnen der Dura reichlich Blut entquoll. Nach der Reinigung der Hirnoberfläche zeigte sich dieselbe unverletzt. Verf. vermutete eine Zertrümmerung der temporo-sphenoidalen Gegend und schloß die Wunde. 3 Stunden nach der Operation starb Pat.

Die Autopsie ergab eine leichte Zertrümmerung des Gyrus angularis und des Occipitallappens und eines großen Teiles des Temporo-sphenoidallappens. Subdural war nur wenig koaguliertes Blut in der mittleren Schädelgrube, aber außerhalb der Dura lag ein durch den vorderen Ast der Meningea in zwei Teile getrenntes Hämatom, das 2,5 cm unterhalb der Basis des Wagner'schen Lappens begann und die ganze mittlere Schädelgrube erfüllte. Eine Fissur ging quer durch die vorderen Schädelgruben und eine zweite von dieser ab nach rückwärts ganz nahe am Foramen rotundum vorüber, ohne den Stamm der Meningea verletzt zu haben. Die Stelle des Blutaustrittes konnte nicht gefunden werden, und Verf. nimmt an, daß einige kleine Zweige der Arterie geschädigt wurden.

Hofmann (Freiburg i. B.).

35) **Zur Verth.** Über das Rindenzentrum für kontralaterale Augen- und Kopfdrehung.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Die Lage des Kopf- und Augendrehungszentrums in der Hirnrinde ist noch nicht sicher festgestellt: die einen verlegen es in das Stirnhirn, andere in die Gegend des unteren Scheitel- und Occipitallappens. Klinische Beobachtungen und Experimente lassen ersteres wahrscheinlicher sein. Verf. beobachtete einen Fall, der fast mit der Sicherheit eines Experimentes für Sitz des Zentrums im Stirnhirn spricht. Ein Bergarbeiter erlitt mit einer Spitzhacke einen komplizierten, ganz umschriebenen Schädelbruch 4 cm links von der Mittellinie, etwa auf der Grenze von Stirn- und Seitenwandbein. Es traten Anfälle auf, die mit Drehung der Augen und des Kopfes nach rechts begannen, daran schlossen sich Zuckungen der Gesichtsmuskulatur und in späteren Anfällen solche im rechten Arm und Bein; schließlich gingen die Zuckungen auf die andere Körperhälfte über. Nach etwa einem Jahre wurde die Rindennarbe exzidiert. Tod an Pneumonie. Die Autopsie bestätigte, wie die Konstruktion am Lebenden schon ergeben hatte, daß die Narbe im oberen Teile des Fußes der zweiten Stirnwindung saß. Der Charakter der Anfälle als echter Jackson'scher Epilepsie, das unmittelbare Einsetzen nach der Verletzung bei dem sonst gesunden Manne, die sonstige Unversehrtheit des Gehirns bei der Autopsie sprechen mit großer Sicherheit für Sitz des genannten Zentrums im Fuße der zweiten Stirnwindung. **Haeckel** (Stettin).

36) **R. Dobbertin.** Zur anatomischen Diagnose der Gehirnschüsse.

(Med. Klinik 1905. Nr. 7.)

Revolverschuß eines Selbstmordkandidaten in die rechte Schläfe mit sofortiger Lähmung der rechten Seite, die während der klinischen Beobachtung fast ganz zurückgeht. Der Sitz des Geschosses, das reaktionslos einheilte, ergab sich durch die Röntgenbilder im linken Hinterhauptslappen. Bei der anatomischen Rekonstruktion der Geschoßbahn zeigt sich, daß sie durch den hinteren Abschnitt des Stirnlappens der rechten Halbkugel vor und über den vorderen Schenkel der rechten inneren Kapsel vorbei oberhalb des Balkens ohne Eröffnung der Ventrikel genau durch die Mitte des hinteren Schenkels der linken inneren Kapsel in den linken Hinterhauptslappen verläuft. Vermutlich wurden die Faserbündel der inneren Kapsel nicht unmittelbar durchschossen, sondern nur gequetscht.

G. Schmidt (Berlin).

37) **H. Pringle.** Collateral paralysis the result of cerebral trauma.

(Scott. med. and surg. journ. 1904. November.)

Der 58jährige Verletzte wurde in komatösem Zustand in das Krankenhaus aufgenommen. Die rechtsseitigen Extremitäten waren im Zustande spastischer Paralyse und zeigten keine Reflexe, während links keine Störung vorhanden und deutlich Reflexbewegungen auszulösen waren. Die Untersuchung der Motilitäts- und Sensibilitätsstörung wurde mehrere Male mit dem gleichen Resultat ausgeführt. Die rechte Pupille war eng, links konnte wegen Atrophie des Bulbus kein Befund erhoben werden. Die Paralyse betraf also einwandsfrei die rechte Seite. Nach ca. 12 Stunden starb Pat.

Die Sektion ergab: über dem rechten Parietale eine gabelförmige Fissur, eine Zertrümmerung des rechten Frontal- und Temporo-sphenoidallappens; ein subduraler Erguß lag in der vorderen und mittleren Schädelgrube. Die Decussatio hatte keine abnormen Verhältnisse aufzuweisen.

Eine Erklärung dieser kollateralen Paralyse vermag Verf. nicht zu geben.

Hofmann (Freiburg i. B.).

38) **Sträter.** Gehirnabszeß im Röntgenbilde.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 5.)

Es ist bis jetzt nur selten gelungen, mittels der Röntgenstrahlen Hirngeschwülste nachzuweisen, da die dicke Schädeldecke ein großes Hindernis bietet und die Durchlässigkeit der Geschwülste für Röntgenstrahlen nur in geringem Maße von der des Gehirnes abweicht. Bei den Fällen, wo dies trotzdem gelang, war entweder eine Verkalkung der Geschwulst eingetreten (Fittig), oder es war der Sitz der Geschwulst durch die Usurierung der Schädelknochen indirekt festgestellt worden (Albers-Schönberg, Holzknecht). Verf. beschreibt einen Fall von Gehirnabszeß bei einem 7jährigen Jungen. Die sehr interessante Krankengeschichte gibt an, daß dem Jungen eine 7 cm lange Griffelspitze durch die Orbita in das Gehirn eingedrungen war und operativ entfernt wurde. Trotzdem steigerten sich die zerebralen Störungen derart, daß ein Gehirnabszeß angenommen und nach vorausgegangener Trepanation zwei mit dickem, gelbgrünem Eiter gefüllte Abszesse des rechten Schläfe- und Hinterhauptslappens entleert wurden. Eine nachträgliche genaue Visitation der inzwischen verstärkten Platte zeigte deutlich beide Abszesse an den erwähnten Stellen. Die dicke Beschaffenheit des Eiters, sowie die noch dünne Schädeldecke waren wohl in diesem Falle für das gute Resultat der Röntgographie ausschlaggebend.

Gaugele (Breslau).

39) **X. Dercum** and **W. Keen.** Enormous tumor of the posteroparietal region, weighing over half a pound etc.

(Journ. of nervous and mental disease 1903. Dezember.)

K. operierte bei einem 26jährigen Mann ein 264 g schweres Spindelzellensarkom der hinteren Scheitelbeingegend. Eine doppelseitige Neuritis des Opticus, sowie

Paralyse des rechten Abducens leiteten die Diagnose infolge einer stattgehabten rechtsseitigen Mittelohrentzündung auf einen Hirnabszeß hin, welche sich bei der Aufmeißelung des rechten Warzenfortsatzes und der Trepanation der mittleren und hinteren Schädelgrube als falsch erwies. Die Hirnsymptome bestanden weiter fort, und innerhalb eines halben Jahres seit der ersten Untersuchung entwickelten sich Erscheinungen, die auf eine Geschwulst der linken Schläfengegend hinwiesen. Die rechte untere Extremität war hypästhetisch und leicht ataktisch; ferner war rechts Fußklonus vorhanden und der Patellarreflex abgeschwächt. Das stereognostische Gefühl der rechten Hand war beeinträchtigt, und im Bereiche des ersten und zweiten Trigeminusastes entstand Hypästhesie.

Die Trepanation der Schläfengegend, wie sie zur Exstirpation des Ganglion Gasseri angewandt wird, zeigte keine Veränderung der Hirnrinde.

Indem nun die erwähnten Symptome nicht verschwanden, gesellten sich im Laufe des ersten Jahres rechtsseitige homonyme Hemianopsie, ausgeprägte Ataxie der rechten Hand und typische Wortblindheit hinzu. Die schon vor der zweiten Operation bestandene Schmerzhaftigkeit bei Beklopfen der hinteren Scheitelbeinpartie war zu dieser Zeit sehr stark.

K. entschloß sich zur Trepanation dieser Gegend und bildete einen gestielten 9 cm langen und 13 cm an der Konvexität breiten Lappen. In Anbetracht der starken Blutung entfernte K. in drei Sitzungen die beschriebene Geschwulst. Nach der letzten Operation erlag der Kranke dem Chok.

Hofmann (Freiburg i. B.).

40) **Funkenstein.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Tumoren des Kleinhirnbrückenwinkels (»zentrale Neurofibromatose«, »Acusticusneurome«).

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

F. gibt aus der Lichtheim'schen Klinik fünf Beobachtungen von Geschwülsten in dem Raume zwischen Pons, Medulla oblongata und Kleinhirn, die wegen ihres charakteristischen Sitzes und der daraus resultierenden Symptome eine Gruppe für sich bilden. Es handelte sich einmal um zentrale Neurofibromatose mit beiderseits je einer taubenei- resp. walnußgroßen Geschwulst zwischen Kleinhirn und Medulla oblongata und multiplen Neurofibromen an den Nervenwurzeln der Hirnbasis, zweimal um ein solitäres Neurofibrom des N. acusticus, einmal um ein Sarkom des Kleinhirns und einmal um ein Endotheliom der hinteren Schädelgrube. Die Symptomatologie wird eingehend besprochen, genaue Sektionsbefunde werden mitgeteilt. In dem ersten der genannten Fälle wurde von Garrè operiert. Es gelang nach der von Krause für Freilegung der hinteren Felsenbeinfläche und des Kleinhirns angegebenen Methode, jederseits die unter der vorderen Kleinhirnhemisphäre gelegene Geschwulst zu entfernen, doch starb Pat. $7^1/_2$ Stunden nach der Operation. Dieser Weg, der in genannter Folge zum erstenmal eingeschlagen wurde zur Entfernung einer Geschwulst, ist gewiß der Nachahmung wert. Freilich wird man nur bei einseitigen solitären Geschwülsten radikalen Erfolg haben, da doppelseitige Geschwülste meist mit einer mehr oder weniger ausgedehnten zentralen Neurofibromatose verbunden sind. **Haeckel** (Stettin).

41) **Ménétrier** et **Gauckler.** Un cas de kyste du cervelet.

(Soc. méd. des hôpitaux 1904. Juli 8.)

Der 28jährige Pat. bot alle Symptome einer Kleinhirngeschwulst: heftige Kopfschmerzen im Hinterhaupte, schwankenden Gang, zerebrales Erbrechen usw. Die wegen der Heftigkeit der Beschwerden in Aussicht genommene Operation wurde aufgegeben, weil der Kranke, indem er das Gleichgewicht verlor, bald nach rechts, bald nach links hinüberfiel, sich demnach der Sitz der Geschwulst nicht genauer bestimmen ließ. Die Obduktion zeigte eine mandarinengroße Cyste im mittleren Teile des Kleinhirns, welche nach dem mikroskopischen Befunde von einer Neurogliakapsel umgeben und wohl angeborenen Ursprunges war.

Mohr (Bielefeld).

42) **Holz.** Heilung zweier Fälle von Exophthalmus bilateralis und eines Falles von Chorea durch Entfernung der adenoiden Vegetationen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 4.)

In dem ersten Falle war 10 Tage nach der Operation der Exophthalmus beiderseits völlig verschwunden. 2 Jahre später konnte mit einem Rezidive der Vegetationen ein doppelseitiger Exophthalmus wieder konstatiert werden, welcher nach radikaler Entfernung der Rachenmandel für die Dauer zum Schwinden gebracht wurde.

In dem zweiten Falle hatte die doppelseitige Tonsillotomie keinen Einfluß auf den Exophthalmus, wohl aber konnte man deutlich nach Entfernung der Rachenmandel ein allmähliches Zurückgehen beider Bulbi konstatieren. Nach 14 Tagen gänzlicher Schwund des doppelseitigen Exophthalmus.

Bei einem 7jährigen Knaben schwand das ausgesprochene Bild der Chorea minor nach Entfernung der Vegetationen vollkommen.

Aus den obigen Mitteilungen und den einleitenden Bemerkungen zieht Verf. folgende Schlüsse:

1) Exophthalmus, wofern er nicht eine Protrusio bulbi aus mechanischer Ursache ist, rechtfertigt auch als einziges Symptom die Diagnose des Morbus Basedowii.

2) Morbus Basedowii ist in seinen verschiedenen Variationen eine Vergiftung des Zentralnervensystems durch abnorme innere Sekretion.

3) Auch durch adenoide Vegetationen kann Morbus Basedowii hervorgerufen werden, ebenso Epilepsie und Chorea.

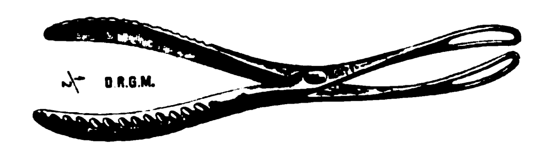
4) Durch Entfernung der adenoiden Vegetationen können Morbus Basedowii, Epilepsie und Chorea geheilt werden.

Es ergibt sich daraus die dringende Mahnung, in allen diesen Krankheiten auf adenoide Vegetationen zu fahnden und sie selbst beim Mangel eines mechanischen Atmungshindernisses zu entfernen. **Langemak** (Erfurt).

43) **E. Braun.** Ein neues Instrument zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1904. Nr. 22.)

Ein der Geburtszange nachgebildetes, ebenso anzulegendes und wie jene in zwei gefensterte Löffel zerlegbares Instrument. Lose sitzende Fremdkörper gelingt es häufig mit dem zuerst einzuführenden linken Löffel allein herauszuhebeln, weil



»seine Spitze einen Druck in der Richtung von hinten nach vorn ausübt und eine schiefe Ebene darstellt, die ein Herausgleiten begünstigt«. (Fabrikant: Akt.-Ges. für Feinmechanik in Tuttlingen.) **Gutzeit** (Neidenburg).

44) **Debaisieux.** Un cas de bec-de-lièvre médian.

(Bull. de l'acad. de méd. de Belgique 1904. Nr. 10.)

Den Fällen von Lannelongue, Nicati, Otto, Blandin, Bouisson, Witzel fügt D. einen weiteren hinzu. Nicati (conf. Laroche, Thèse de Paris 1823 Nr. 41) war der erste, der die mediane Lippenspalte am lebenden Kinde beobachtete; der Fall wurde nicht operiert. D.'s Fall ist der zweite am Lebenden beschriebene; er wurde operiert und heilte. Die Spalte ging vom Oberlippenrande bis zur Mitte der Oberlippe hin und hörte dort auf; aber auf der Nasenspitze, die übrigens sehr wenig vorragte, zeigte sich wieder eine kleine Spalte: beide wurden durch die Naht geschlossen. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).



45) **W. L. Woollcombe.** Mandibular processes associated with double hare-lip and cleft palate.

(Lancet 1905. Februar 11.)

Verf. beobachtete zwei Fälle von schwerer doppelter Hasenscharte mit Wolfs*rachen*, bei denen sich eigentümliche papillomatöse Veränderungen an der Unterlippe fanden, die von Bland Sutton u. a. auf unvollständige Vereinigung der Processus mandibulares zurückgeführt werden. Die kleinen Papillen waren in Verf.s Fällen etwa 1 cm hoch und bewegten sich fühlerartig mehrere Male in der Minute. Auffallend war, daß sie bei geschlossenen Lippen genau in die Hasen*scharten*spalten hineinpaßten, und Verf.s Ansicht über diese angeborene Mißbildung

Fig. 1.

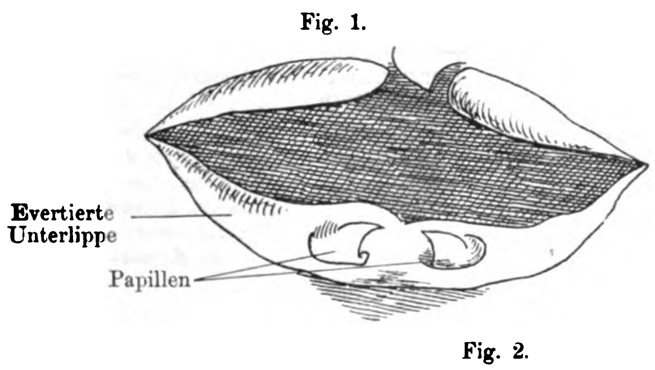
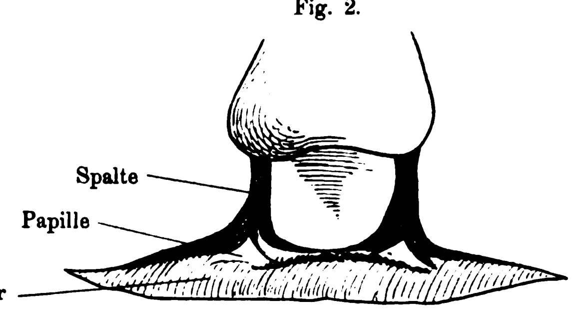


Fig. 2.



stimmt daher mit derjenigen Hamilton's überein, der diese seltene Erscheinung folgendermaßen erklärt: Während der Entwicklung sind die Schleimhautoberflächen der Lippen in Kontakt; das in Entwicklung begriffene Gewebe der Unterlippe, das den Spalten in der Oberlippe gegenüberliegt, wird in seiner Entwicklung nicht gehemmt und strebt danach, die gegenüberliegenden Spalten kompensatorisch auszufüllen. — Die beistehenden Figuren entstammen der Arbeit Verf.s und stellen die Unterlippe mit den eigentümlichen Wucherungen evertiert und in gewöhnlichem Zustande dar. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

46) **D. G. Zesas.** Die bisherigen Ergebnisse der Nervenpfropfung bei Facialislähmung.

Sep.-Abdr. aus: Fortschritte der Medizin 1904. Nr. 25.)

Die Literatur über diese Operation ist seit der ersten Nervenpfropfung durch C. A. Ballance in London 1895 noch nicht sehr angewachsen. Im ganzen kann Verf. 26 Fälle aufführen. In 19 Fällen wurde das distale Facialisstück auf den Accessorius, in 7 auf den Hypoglossus gepflanzt. Als Indikation für Facialis-Accessoriuspfropfung sind angegeben: 2mal Tic convulsif, 8mal Schädigung des

Facialis bei Ohraffektionen, 6mal traumatische Schädigungen. Davon wurden durch die Operation geheilt 1; gebessert 4; unentschieden wegen der Kürze der Zeit waren 4 Fälle; ohne Einfluß war die Operation in 1 Falle; bei dem Reste war ein ungünstiges Resultat zu verzeichnen. Die Facialis-Hypoglossuspfropfung wurde in 7 Fällen angewandt, 2mal wegen Trauma, 5mal wegen Facialisschädigungen bei Mittelohrerkrankungen. Der Erfolg war 1mal günstig, 2mal war Besserung zu konstatieren. — Verf. faßt seine Eindrücke aus dieser Literatur dahin zusammen, daß eine Heilung der Beschwerden im Sinne der Restitutio ad integrum durch die Operation bislang kaum erreicht worden ist; die Gesichtsasymmetrie wurde in vielen Fällen gebessert. Für den Erfolg der Nervenpfropfung ist der Zustand der Muskulatur von größter Bedeutung.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

47) **J. Vüllers.** Eine Änderung an der Halskravatte zur ambulanten Behandlung der Cervicalspondylitis.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Die von Alters her in der Behandlung der Cervicalspondylitis übliche Krawatte hat den Nachteil, daß sie, wenn sie ordnungsgemäß festsitzt, eine Bewegung des Kinnes nicht erlaubt und darum die Pat. am Sprechen und Essen hindert. Um diesem Übelstande abzuhelfen, verwendet Schanz in Dresden eine kleine Modifikation, die in der Anbringung eines beweglichen Kinnteiles besteht.

J. Riedinger (Würzburg).

48) **K. Gerson.** Zur Therapie der Skoliosen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Hoffa machte zuerst darauf aufmerksam, daß bei Skoliotischen, die methodische Vorwärtsbeugungen zur Redression ihrer Wirbelsäule und des hinteren Rippenbuckels ausführten, der vordere Rippenbuckel nicht auch redressiert wurde, vielmehr bei diesen Übungen noch stärker hervortrat. Er suchte deshalb von hinten mit beiden Händen den vorderen Rippenbuckel der sich vorbeugenden Pat. zurückzuhalten, wodurch aber nur mühsam und unvollkommen der angestrebte Zweck erreicht wurde. G. hat nun auf Veranlassung Hoffa's einen Apparat konstruiert, der Freiübungen gestattet, während sowohl der hintere als der vordere Buckel redressiert wird. Die Redression wird somit durch aktive Übung der Rückenmuskeln unterstützt. Der obere Teil des Apparates besteht aus einem Rahmen, an dem die Extensions- und Redressionsvorrichtungen, sowie ein Pendel mit verschiebbarem Gewicht angebracht sind. Der untere Teil enthält Vorrichtungen zum Fixieren des Beckens und zum Höher- und Tieferstellen des Pat. auf einem Trittbrett. Es können Vor- und Rückwärtsbeugungen des Oberkörpers, sowie auch Drehbewegungen ausgeführt werden. Druck und Widerstand am Apparate können beliebig reguliert werden. Der Apparat, der auch sonst noch in der Gymnastik zu verwenden ist, wird unter dem Namen »Skoliosen-Schwingungsapparat« vom Medizinischen Warenhaus in Berlin hergestellt.

J. Riedinger (Würzburg).

49) **O. Heine.** Ein vereinfachtes Skoliosegerüst.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Von den vielen Apparaten, welche auf die Skoliose eine sichtlich intensive Einwirkung ausüben, ist der von Beely »zur gewaltsamen Redression der Wirbelsäule« angegebene einer der vorzüglichsten. Der Rahmen darf aber nicht zu steil gestellt werden, da er sonst lästig wirkt. Am besten stellt man den Rahmen in einen Winkel von ca. 70° zur Senkrechten. Diese Erfahrung benutzte Verf. bei der Konstruktion eines nach dem Prinzipe des Beely'schen Apparates gebauten, aber unverstellbaren Skoliosegerüstes. Der neue Apparat leistet dasselbe wie der Beely'sche, die Übungen auf demselben werden aber nach der Mitteilung des Verf. viel besser ertragen. Er erfordert keine fremde Hilfe, gestattet auch andere Übungen und ist billig.

J. Riedinger (Würzburg).

50) **C. Wahl.** Ein einfacher Detorsionsbügel zum Hessing'schen Skoliosenkorsett.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Um beide Hälften des Hessing'schen Korsettes zwischen den Rückenschienen zu verbinden, führt W. in der Höhe des Rippenbuckels von der Axillarlinie der tiefliegenden (konkaven) Seite horizontal einen Bügel nach dem Gipfel des Rippenbuckels. Der Bügel besteht aus starkem Federstahl und ist an seinem einen Ende an den Stäben der einen Achselstütze durch Schrauben befestigt; er geht unter der Rückenschiene der eingesunkenen Thoraxhälfte durch, um am anderen Ende, durch eine kleine Pelotte verbreitert, auf den Rippenbuckel zu drücken.

J. Riedinger (Würzburg).

51) **A. Beeli.** Die F. Beely'schen Pendelapparate für Skoliotische.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 3.)

Verf. beschreibt zwei Pendelapparate für Wirbelsäulenverkrümmungen, und zwar einen für seitliche Bewegungen und Umkrümmung der Wirbelsäule und einen zu Bewegungen des Oberkörpers nach vorwärts und rückwärts unter gleichzeitiger Überwindung eines dosierbaren ab- und zunehmenden Widerstandes. F. Beely legte die Achse beider Apparate unter den Sitz des in sitzender Stellung übenden Pat. und erzielte dadurch starke Bewegungen des Oberkörpers. Während beide Apparate in allen Fällen die Haltung der Pat. verbessern, auch in schweren Fällen bei fixierter Verkrümmung stark mobilisierend wirken, die subjektiven Beschwerden der Pat. günstig beeinflussen, übt der zweite Apparat auch in gewissem Sinn einen redressierenden Einfluß auf die Wirbelsäule aus. **Hartmann** (Kassel).

52) **L. Monnier.** Ostéomyélite du coccyx.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 2.)

Beobachtung an einem 17½jährigen Mädchen, bemerkenswert wegen der Seltenheit der Affektion, welche, abweichend von der üblen Prognose der Osteomyelitis des Kreuzbeines, nach Operation günstig verlief. Der Fall wurde zunächst als Typhus gedeutet, bis der plötzliche Abfluß von Eiter in der Steißbeingegend auf die Diagnose führte. **Herm. Frank** (Berlin).

53) **C. H. Mayo.** Thyreoidectomy for exophthalmic goitre, based upon fourty operative cases.

(New York med. record 1904. November 5.)

M. sah deutliche Besserung bei allen, welche die Thyreoidektomie wegen Basedow überlebten. 50% verloren bald die schweren Erscheinungen, 25% erst nach einigen Monaten, und weitere 25% leiden noch an verschiedenen Symptomen.

Die Vorbehandlung mit Belladonna und X-Strahlen wird für vorteilhaft gehalten. 6 Todesfälle werden registriert und beziehen sich auf die 40 im Titel erwähnten Fälle, während andererseits erwähnt wird, daß die Gesamterfahrung des Verf.s sich auf 120 verschiedene Operationen an der Schilddrüse mit 8 Todesfällen beziehe. Bei sehr schweren Zuständen wird jedenfalls die Vorbehandlung eingeleitet, event. wird die Operation abgelehnt.

Die mit Röntgen vorbehandelten Fälle zeigten erhebliche Sklerosierung des Lymphsystems. **Loewenhardt** (Breslau).

54) **H. D. Rolleston** and **T. R. C. Wipham.** A hat pin 4¾ inches long in the oesophagus producing a false aneurysm of the superior mesenteric artery.

(Lancet 1905. Februar 11.)

Bei einem 3jährigen Mädchen, das unter Erscheinungen tuberkulöser Peritonitis und Hämatemesis schwer krank war und starb, fand sich in der Speiseröhre eine

13 cm lange, mit der Spitze nach oben sehende Hutnadel. Der Kopf fehlte. Er war wahrscheinlich losgegangen und durch den Darm abgegangen. Das Kopfende hatte die Speiseröhrenwand durchbrochen, war vor der Aorta vorbei durch das Zwerchfell hinter dem Magen vorbei und durch das äußerste Ende des Pankreas gedrungen. Unmittelbar über dem Duodenum perforierte es die obere Wand der Art. mesenterica superior, wo es ein kirschgroßes falsches Aneurysma bildete. — Zwei Photographien erläutern die Lage der Nadel. — An einen derartigen Fremdkörper war während des Lebens nicht gedacht. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

55) **B. Wagner.** Verbesserte Oliven-Dilatationssonde zur Erweiterung von Ösophagusstenosen.

(Med. Klinik 1905. Nr. 6.)

Um ein leichteres Hineingleiten in die Speiseröhre und das Anstoßen an der hinteren Rachenwand zu vermeiden, hat Verf. zwischen der Olive und dem eigentlichen Sondenstab ein festes Kugelgelenk angebracht (Abbildungen). Verfertiger: Vick-Rostock. **G. Schmidt** (Berlin).

56) **K. Cramer.** Ein Fall von Defekt des Musculus pectoralis major und minor rechterseits.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Bei einem 10 Jahre alten Mädchen konnte folgender Befund erhoben werden: Rechterseits völliges Fehlen des Pectoralis major und minor und des Panniculus adiposus an dieser Körperpartie, Trichterbrust, Riffelung der Schneidezähne, kleiner Kropf, Hochstand der linken Schulter, Tiefstand der linken Brustwarze, linkskonvexe Dorsocervikalskoliose, Hypertrophie der vorderen Partie des rechten Deltoideus; Dünnheit der Haut an der Vorderseite der rechten Brustkorbhälfte, rachitische Plattfüße, X-Beine, ungleiche Länge der Schlüsselbeine und Oberarme. Die Beweglichkeit der rechten Schulter und des rechten Oberarmes sind nicht gestört. Unterhalb des Processus coracoideus fühlt man dicht unter der Haut einen kleinen harten Strang, der zum Oberarme hinzieht. Aus diesem Strange wurde ein Stückchen exzidiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen hohen Grad von Degeneration, ein Umstand, der nicht an angeborenen Mangel, sondern an Muskeldystrophie denken läßt. **J. Riedinger** (Würzburg).

57) **Cahen** (Mannheim). Ein Fall von traumatischer Lungenhernie ohne äußere Verletzung.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

Die Hernie war erst einige Wochen nach einem Unfall aufgetreten, ohne daß ein Rippenbruch bestanden hatte. Sie tritt bei gebückter Stellung des Mannes im rechten Sternoklavikularwinkel hervor und schwindet wieder bei aufrechter Körperhaltung; auch bei forcierter Exspiration wölbt sie sich als hühnereigroße Geschwulst vor. Öfters klemmt sie sich ein, läßt sich dann aber wieder durch Druck von außen reponieren. Eine operative Behandlung ist vom Pat. abgelehnt worden. **Kramer** (Glogau).

58) **E. Meyer.** Zur Behandlung des Empyem.

(Med. Klinik 1905. Nr. 6.)

Eine konsekutive Wirbelsäulendeformation bei einem Kind und eine Intercostalisblutung bei einem Arteriosklerotiker nach kostaler Pleurotomie, d. h. nach Rippenresektion, veranlaßten den Verf., von da an den Brustfellraum interkostal zu eröffnen und das Loch durch Einlegen einer dicken Trachealkanüle offen zu halten, deren inneres Rohr beliebig gewechselt und bei den Spülungen durch einen weichen Katheter ersetzt wird. Ein jauchiges Empyem eines alten Mannes wurde so schnell zur Ausheilung gebracht. **G. Schmidt** (Berlin).

59) H. Lett. An analysis of 99 cases of inoperable carcinoma of the breast treated by oophorectomy.

(Lancet 1905. Januar 28.)

Der im Meeting der Royal med. an surg. society gehaltene Vortrag analysiert die Erfolge von 99 Oophorektomien wegen inoperablen Brustkrebses. Die große Statistik ergibt beachtenswerte Tatsachen über die Leistungsfähigkeit der Operation. Sehr bedeutende Besserung trat ein in 23,2%, deutliche Besserung in 13,1%; läßt man die Pat. über 50 Jahre fort, so sind sogar 41,3% durch die Operation gebessert. Die Besserung bestand im wesentlichen in Linderung der Schmerzen, Hebung des Allgemeinbefindens, Verkleinerung oder selbst Schwinden der Geschwulst, Abheilung der Geschwüre und Verlängerung des Lebens. In einem Falle konnte man von Radikalheilung sprechen. In 15 Fällen hielt die Besserung mehr als 12 Monate an, 5 Pat. erfreuten sich guter Gesundheit für $4^1/_2$ Jahre und länger. — Wenn die Geschwulst nach der Eierstocksexstirpation auf das mutmaßlich kleinste Maß geschrumpft ist und beweglich wird, dann ist die Amputation der Brust indiziert. Das günstigste Alter für die Oophorektomie lag zwischen 45 und 50 Jahren. Die Menopause bedeutet keine Kontraindikation, wohl dagegen sekundäre Karzinomatose. Schnelles Wachstum und baldiges Rezidiv machten die Prognose ungünstig. Die Mortalität der Operation selbst war 6%. In einem Falle von Pearce Gould war es infolge zufällig eintretenden Todes einer Pat. einige Zeit nach der Operation möglich, die regressiven Veränderungen in der Brustdrüse histologisch zu untersuchen. Es fand sich sehr auffallende fibröse Umwandlung und Atrophie der zelligen Elemente.

Eine sichere Erklärung der eigentümlichen Verhältnisse steht zurzeit noch aus, nur Theorien lassen sich aufstellen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

60) **Haenisch.** Über die Nearthrosenbildung bei Luxatio radii anterior inveterata.

Inaug.-Diss., Zürich, 1904.

H. veröffentlicht einen Fall von veralteter Luxatio radii anterior im Anschluß an einen Ulnabruch an der Grenze von Oberarm und mittlerem Drittel, bei dem sich eine so vorzügliche Nearthrose gebildet hatte, daß die Funktion nur in geringem Grade beeinträchtigt wurde. Über dem Capitulum humeri (Eminentia capitata) befand sich eine umfängliche, glattwandige, runde, tiefe Gelenkpfanne, die fast die ganze Dicke des Humerus durchsetzte und von der Fossa coronoidea nur durch eine dünne Knochenleiste getrennt war. Im Gegensatze zu Befunden an anderen Präparaten war hier ein gewisser Grad von Knochenschwund zu konstatieren: es fehlten die Knochenwucherungen und Osteophytenbildung in der Umgebung der Pfanne und der Nearthrose, das verrenkte Radiusende war verschmächtigt, der Kopf zugespitzt und ohne eine Andeutung von Hals. Im Bereiche des Ulnabruches hatte sich infolge von Verknöcherung des Lig. interosseum eine Synostose zwischen Ulna und Radius entwickelt, welche die Pro- und Supination hemmte. H. illustriert seine Ausführungen durch Wiedergabe einiger sehr gut gelungener Röntgenphotographien und einiger Abbildungen von ähnlichen Präparaten.

Deutschländer (Hamburg).

61) **C. Ghillini** (Bologna). Bruch der unteren Epiphyse des Radius bei Automobilmechanikern.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Durch Bewegen der Kurbel am Automobil kann ein derartiger Stoß auf die Handfläche in der Gegend des Ballens erfolgen, daß entweder eine Verrenkung des Daumens oder ein Bruch des Radius erfolgt. Es kann sich um einen direkten, aber auch um einen indirekten, d. h. um einen Rißbruch durch Hyperextension des Handgelenkes handeln. — Bei dem von G. beobachteten 34 Jahre alten Pat. handelte es sich um einen indirekten Bruch. Verf. geht auf den Mechanismus dieses Bruches näher ein.

Die ersten Mitteilungen über den Radiusbruch bei Automobilisten stammen von Lucas-Championnière, Ljot, Demoulin und Walther.

J. Riedinger (Würzburg).

62) **E. Hain.** Über Spalthand und Spaltfuß.

(**Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 3.**)

Verf. beschreibt diese Mißbildungen an drei Generationen, nämlich an Großvater, Mutter und Sohn. Beim Großvater ist die Defektbildung nur an beiden Händen, und zwar in so geringem Grad entwickelt, daß man nur von einer Andeutung sprechen kann. Bei der Mutter ist die Mißbildung am meisten ausgeprägt und betrifft in typischer Ausbildung alle vier Extremitäten in beinahe gleicher Weise, um beim Sohn in geringerem Grade wiederzukehren, bei dem hauptsächlich die rechte Hand und der rechte Fuß verbildet ist. Nach H.'s Zusammenstellung sind bis jetzt 67 Fälle von Spalthand veröffentlicht, von denen nicht weniger als 27 (40%), die ihre Mißbildung nachweisbar durch Erbschaft überkommen haben. Ätiologisch sollen alle kongenitalen Defektbildungen an den Extremitäten auf einer mangelhaften Keimanlage beruhen (endogene Ursache). Drei photographische Reproduktionen und acht Röntgenbilder sind dieser Arbeit beigefügt.

Hartmann (Kassel).

63) **Peisker.** Ein Beitrag zur Differentialdiagnose von verheilten Beckenfrakturen und Coxa vara.

Inaug.-Diss., Breslau, 1904.

P. teilt zwei Fälle von verheiltem Malgaigne'schen Beckenbruch aus der Breslauer chirurgischen Klinik mit, die ganz ähnliche Bilder wie die Coxa vara boten und als solche auch anderwärts begutachtet worden waren. Auch hier fanden sich ausgesprochene Atrophien der Gesäß- und Oberschenkelmuskulatur, Hochstand des Trochanter major, Beinverkürzung, Adduktionsstellung, Auswärtsrotation und behinderte Innenrotation und Abduktion; aber im Gegensatze zu Coxa vara trat die Trochantergegend nicht hervor, sondern war abgeflacht, Tuber ischii war disloziert, und infolgedessen verlor die Feststellung der Roser-Nélaton'schen Linie ihre Bedeutung. Außerdem ergab die rektale Untersuchung deutliche Calluswucherungen am Beckenring, und die Röntgenaufnahme zeigte klar den Verlauf der Bruchlinien.

P. macht daher darauf aufmerksam, daß die äußere Form der Trochantergegend sowie das Verhalten des Tuber ischii von hoher differentialdiagnostischer Bedeutung seien und betont die Notwendigkeit, zur Sicherung der Diagnose in zweifelhaften Fällen die Untersuchung vom Mastdarm aus und mit Röntgenstrahlen vorzunehmen.

Deutschländer (Hamburg).

64) **D. Schwarz.** Ein Fall von beidseitigem Aneurysma der Art. poplitea. Ligatur der Art. femoralis. Heilung.

(Liečnički viestnik 1905. Nr. 2. [Kroatisch.])

Beim 49jährigen Pat., der an Stenose und Insuffizienz der Aorta leidet, wurde zuerst die systematische digitale Kompression der Art. femoralis versucht, und als diese erfolglos blieb, zu beidseitiger Unterbindung derselben vor dem Eintritt in den Adduktorenschlitz geschritten. Die Pulsation verschwand, die Geschwulst verkleinerte sich. Nach 3 Monaten stellt sich Pat. wieder vor im besten Wohlbefinden. Weitere Verkleinerung der Geschwulst. Keine Pulsation.

v. Čačković (Zagreb-Agram).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 13. Sonnabend, den 1. April. **1905.**

I.

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Freiburg i. B. Direktor: Geh. Hofrat Dr. Kraske.)

Über Knochenbildung in Strumen.

Von

Dr. **E. Sehrt,**
Assistenzarzt der Klinik.

Nachdem in der neueren Zeit in verkalkten Geweben verschiedenster Art, wie in verkalkten Herzklappen, Arterienwänden, Lymphdrüsen und Tonsillen, Knochen nachgewiesen worden ist, untersuchte ich nach dieser Richtung hin die in Strumen der Schilddrüse vorkommenden Kalkherde.



Von 28 Strumen, die in den Monaten Januar Februar und März in hiesiger Klinik operiert wurden, wiesen unter 14 mit mehr oder weniger ausgedehnten Verkalkungen (des bindegewebigen Stromas) versehenen Kröpfen fünf echte, zum Teil recht ansehnliche Knochenherde mit Osteoblasten, Knochenmark usw. auf. Und zwar handelt es sich um teils dem normalen gleichenden, lamellären Bau zeigenden Knochen, teils um weniger regelmäßige Bildungen von Knochengewebe.

Diese Knochenherde von unregelmäßiger Gestalt finden sich sowohl mitten in den verkalkten Partien, als auch in den Randgebieten derselben und schließen zentrale Markhöhlen ein. Der die Markhöhle umgebende Mantel von Knochensubstanz ist an verschiedenen Stellen verschieden dick und sitzt seinerseits natürlich den verkalkten Massen auf, deren lakunären Ausbuchtungen er folgt. Nach der zentral gelegenen Markhöhle zu findet sich in zwei Fällen an der Oberfläche des Knochens ein Belag wohlgestalteter Osteoblasten. Der Markraum selbst enthält im Durchschnitte typisches Markgewebe, bestehend aus Fettgewebe, Gefäßen, roten Blutkörperchen, den verschiedenen Formen der Markzellen und Riesenzellen. An manchen Stellen zeigt jedoch das Mark eine mehr fibröse Beschaffenheit, besonders da, wo die Markhöhle eine Strecke weit direkt von verkalkten Massen begrenzt wird, die auch hier wie unter dem Knochensaume lakunäre Ausbuchtungen zeigen. Daß diese lakunären Ausbuchtungen und somit die Höhlen überhaupt durch resorptive Tätigkeit von seiten des Bindegewebes entstanden sind, zeigen deutlich Stellen, wo lockeres, gefäßhaltiges Bindegewebe in die verkalkten Massen eingedrungen ist und den Kalk auszuhöhlen scheint. Auch finden sich zwischen den Maschen des eingedrungenen Gewebes, als Überreste der früher an dieser Stelle vorhanden gewesenen soliden Kalkmassen, hie und da noch einige kalkige Schollen.

Längs der zerklüfteten Wand solcher Kalkhöhlen finden sich angelagert zum Teil langgestreckte Zellen, aus denen sich Osteoblasten bilden. Gestützt wird diese Annahme dadurch, daß an einem kleinen Wandvorsprung sich in der Tat ein Belag von 5—6 Zellen findet, die ihrer Form nach völlig als Osteoblasten imponieren, trotzdem es zur Knochenablagerung noch nicht gekommen ist.

Weitere systematische Untersuchungen werden aller Wahrscheinlichkeit, wie ja jetzt schon aus den positiven Untersuchungsresultaten (bis jetzt in 35% aller verkalkten Strumen) — die sich übrigens eng an die von Rohmer erhobenen Befunde über Knochen in verkalkten Arterien anschließen — eines relativ geringen Materiales vermutet werden kann, ergeben, daß Knochenbildung in Strumen nicht ein so seltenes Vorkommnis ist, wie man seither anzunehmen geneigt war, daß dieselbe im Gegenteil relativ häufig sich findet.

Literatur.

Aschoff, Verkalkung. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie, Lubarsch-Ostertag. VIII. Jahrg. 1902.

v. Eiselsberg, Krankheiten der Schilddrüse. Deutsche Chirurgie 1901.

Rohmer, Über Knochenbildung in verkalkten endokarditischen und endarteriitischen Herden. Inaug.-Diss., Straßburg, 1901.
Ziegler, Lehrbuch der speziellen Pathologie und pathologischen Anatomie. 1902. s. Struma ossea.

II.

Cachexia und Tetania thyreopriva.

Von

Prof. **Lanz** in Amsterdam.

In den Jahren 1894—1902 habe ich in Bern zu serotherapeutischen Versuchen und zu Zuchtzwecken ingesamt 30 Ziegen der verschiedensten Altersstufen thyreoidektomiert.

Über diese Versuche habe ich zuerst auf dem Physiologenkongreß 1895 referiert, und es sind meine serotherapeutischen Absichten in der Folge auch von anderer Seite (Burghart und Blumenthal: Rodagen; Möbius: Antithyreoidserum) aufgenommen worden. Über den anderen Teil meiner Versuche, die Progenitur Thyreopriver, habe ich auf dem letztjährigen Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie Mitteilungen gemacht.

Ein Punkt, der mir bei der Fortsetzung meiner Experimente erst in der letzten Zeit so recht eigentlich zum Bewußtsein gekommen, ist nun der folgende:

Von meinen 30 in Bern thyreoidektomierten Ziegen ist nur ein einziges Tier an akuter Tetania thyreopriva im unmittelbaren Anschluß an die Operation eingegangen; alle anderen haben teils hochgradige, teils leichtere Formen von Kachexie, teils beinahe keine Ausfallserscheinungen gezeigt.

Ganz anders die Operationen in Holland: Von 20 in den letzten 2 Jahren in Amsterdam ebenfalls in den verschiedenen Altersstufen thyreoidektomierten Ziegen sind im ganzen 9, also beinahe die Hälfte, innerhalb der ersten Wochen nach der Operation an akuter oder subakuter Tetanie eingegangen!

Wie ist nun ein solcher Unterschied zu erklären? .... Denn ein so auffälliges Mißverhältnis kann doch wohl kein zufälliges sein, zumal da die Operationen ja von einer und derselben, in Schilddrüsenoperationen vielfach geübten Hand ausgeführt wurden.

Man erinnere sich, daß infolge der Totalexstirpation der strumösen Schilddrüse Kocher und Reverdin in Bern und Genf seinerzeit Cachexia thyreopriva resp. Myxoedème opératoire beobachteten, daß dagegen Billroth in Wien als Folgeerscheinung der totalen Thyreoidektomie Tetanie auftreten sah.

Dieser Unterschied ist niemals erklärt worden; vielleicht werfen meine Versuche Licht auf denselben; denn die einzige Erklärungsmöglichkeit scheint mir in der Annahme des verschiedenen funktionellen Wertes der Schilddrüse in verschiedenen Ländern zu liegen. Zudem habe ich schon vor 10 Jahren darauf aufmerksam gemacht, daß in

der Schweiz nicht nur die menschliche, sondern auch die tierische Schilddrüse viel häufiger entartet gefunden wird, als z. B. bei dem importierten italienischen Schlachtvieh.

Neuerdings ist zwar namentlich von Pineles behauptet worden, daß nicht sowohl die Schilddrüse, sondern die Nebenschilddrüsen resp. ihr Ausfall die Ursache der Tetanie, daß die Tetanie parathyreogenen, gleichwie die Kachexie thyreogenen Ursprunges sei.

Jedenfalls sprechen die oben genannten Ergebnisse meiner Thyreoidektomien an Ziegen gegen diese Auffassung von Pineles; denn die tödliche Tetanie ist bei den holländischen Ziegen nach ein- und derselben Operation aufgetreten, welche in der Schweiz zu Kachexie geführt hat. Es sprechen ferner dagegen die positiven therapeutischen Resultate der Schilddrüsenmedikation bei thyreotetanischen Menschen sowohl wie bei experimenteller Tetanie des Hundes, die von verschiedenen Seiten — auch von uns — konstatiert worden sind. Denn diesen therapeutischen Effekt damit zu erklären, daß zugleich mit der Schilddrüse auch die Nebenschilddrüse verfüttert worden sei, das scheint mir doch etwas bei den Haaren herbeigezogen zu sein.

Definitiven Aufschluß, wie es um die Theorie von Pineles steht, würde wohl am ersten die Verfütterung oder Injektion von Nebenschilddrüsensubstanz geben, und eine der großen chemischen Fabriken würde sich ein Verdienst damit erwerben, wenn sie uns, gleichwie das Adrenalin, so auch ein Parathyreoidin zu Versuchszwecken in die Hand geben würde.

---

1) **Hildebrand.** Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie. IX. Jahrg. 1903.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1904.

Der Empfehlung, welche ich dem Werke seit Jahren angedeihen lassen konnte, hätte ich auch diesmal nichts Besonderes hinzuzusetzen. H.'s Jahresbericht ist für den wissenschaftlichen Arbeiter ein nahezu unentbehrliches Nachschlagewerk geworden, insofern es ihm durch seine umfassenden Referate Gelegenheit gibt, sich rasch darüber zu orientieren, was wichtig ist, was nicht, und insofern es ihm auch durch die praktische Einteilung und Zusammenfassung des Zusammengehörigen die Zeit des Zusammensuchens der Literatur eines zu bearbeitenden Gebietes erspart. Ich habe das eine und andere nicht unwichtige Referat in dem Werke nicht gefunden. Das soll kein Vorwurf sein; denn bei der Fülle des Materiales kann manche versteckte Arbeit entgehen. Ich halte es deswegen für angebracht, hier die Mahnung des Herausgebers zu reproduzieren, daß die Fachgenossen durch Übersendung von Separatabdrücken oder Hinweis auf ihre Arbeit das wertvolle Werk unterstützen möchten.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).



2) **Burkhardt.** Über Art und Ursache der nach ausgedehnten Verbrennungen auftretenden hämolytischen Erscheinungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 4.)

Trotz aller möglichen experimentellen und klinischen Untersuchungen über die Todesursache bei schweren Verbrennungen ist noch keine allgemein befriedigende Erklärung gefunden worden. Nachgewiesen sind jedenfalls Veränderungen des Blutes, besonders Auflösungserscheinungen der roten Blutkörperchen. Es war deshalb der Gedanke naheliegend, daß spezifische Hämolysine die Ursache der hämolytischen Vorgänge nach Verbrennungen sind, und Verf. stellte Versuche an, ob bei Verbrennungen derartige toxische Substanzen gebildet werden. Diese Untersuchungen wurden nach dem Ehrlich-schen Verfahren ausgeführt, d. h. es wurde eine 5—10%ige Lösung der roten Blutkörperchen aus dem defibrinierten Blute hergestellt. Zu dieser Lösung wurde das auf seine hämolytische Wirkung zu prüfende Blutserum in verschiedener Quantität tropfenweise zugesetzt. Die Mischung wurde dann auf ihre Durchsichtigkeit und unter dem Mikroskop auf ihre Agglutination beobachtet.

B. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, daß mittels der gewöhnlichen Methodik des Reagensglasversuches toxische Hämolyse nach Verbrennungen nicht nachweisbar ist, und daß seine Giftwirkung für den tödlichen Ausgang nicht verantwortlich gemacht werden kann. Die in vielen der von ihm angestellten Versuche aufgetretenen hämolytischen Erscheinungen können nur Folge der direkten Einwirkung der Hitze auf das Blut sein. Die Hämolyse entsteht dabei nicht durch Zerfall roter Blutzellen, sondern infolge einer Schädigung der Kontinuität der halbdurchlässigen Wand derselben, die ein allmähliches Austreten des Hämoglobins in das Serum gestattet. Für den tödlichen Ausgang kann diese ungleichmäßige und inkonstant auftretende Hämolyse in der Regel nicht als Ursache angesehen werden, da sie nicht intensiv genug ist.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

3) **N. N. Petrow.** Die Mischinfektion bei chirurgischer Tuberkulose.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Auf Metschnikow's Anregung und in seinem Laboratorium entstanden, bestätigt die Arbeit, was wir über die Mischinfektion bisher wußten, und fügt die Ergebnisse experimenteller Forschungen hinzu.

1) Untersucht wurde kulturell und mikroskopisch der Eiter von 44 offenen und 57 geschlossenen tuberkulösen Herden, also im ganzen 101 Fall. Von den 57 geschlossenen Herden erwiesen sich 49 als steril, davon befanden sich 7 im Zustande entzündlicher Reizung (3 mit erhöhter Temperatur). In den übrigen 8 Fällen wurden Bakterien gefunden, doch ließ sich überall eine Eingangspforte nachweisen:

frühere Punktionen, benachbarte Geschwüre und Schrunden usw. In 41 der offenen Herde wurden Bakterien gefunden: 23mal Staphylokokken, (16mal albus, 6mal aureus, 1mal citreus), 18mal Streptokokken usw. In den 3 übrigen Fällen konnte nur sehr wenig Material zur Untersuchung erlangt werden. 27mal wurde auch mikroskopische Durchforschung von Gewebsstücken, besonders aus der Wand der Herde vorgenommen. Dabei ergab sich, daß bei infizierten Tuberkulosen der Knochen, Gelenke und Lymphdrüsen die Bakterien sich gewöhnlich in die Wand der Herde nicht einnisten.

2) Durch seine Tierversuche wollte P. den Einfluß sekundärer Infektion auf floride Tuberkulose klarlegen.

Er spritzte Tuberkelbazillenemulsion Meerschweinchen oder Kaninchen in beide Kniegelenke und infizierte ein Gelenk nach einigen Tagen mit Kokken, Tetragenus oder Pyocyaneus. In den zwei ersten Serien gingen die Tiere an der Sekundärinfektion sehr schnell zugrunde, so daß die Versuche umsonst waren. Doch konnte an der Synovialis der sekundär infizierten Gelenke beobachtet werden, daß die Tuberkelbazillen tief im Gewebe saßen, »wohin sie durch die reichlich zugeströmten Leukocyten verschleppt waren«. In der dritten Serie (Kaninchen) konnte beobachtet werden, daß der Prozeß in den sekundär infizierten Gelenken stürmischer verlief, und daß die Generalisation der Tuberkulose schneller zustande kam. Letzteres wird dadurch erklärt, daß, während bei den langsam verlaufenden nicht infizierten Fällen durch formative Entzündung eine Schutzwehr um den Tuberkuloseherd gebildet wird, die Schutzwehr bei den akut verlaufenden infizierten Fällen nicht zustande kommt und so die Tuberkelbazillen schnell in den Körper verschwemmt werden können.

Es bestätigt also das Experiment die klinische Erfahrung, daß durch Mischinfektion der ursprüngliche Prozeß angefacht wird.

V. E. Mertens (Breslau).

---

4) **M. Silbermark.** Über die geweblichen Veränderungen nach Plombierung der Knochenhöhlen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 290.)

S. hat, um Material zum Studium der bei Mosetig's Knochenplombierungen vorgehenden Knochenregenerationsvorgänge zu gewinnen, Experimente an mittelgroßen Hunden jugendlichen Alters vorgenommen. Aseptisch wurde an dem langen Metatarsus der Hinterextremität nach Spaltung und Rücklegung des Periostes ein 6 mm im Durchmesser messendes Loch durch Corticalis und Mark bis zur Rinde der gegenüberliegenden Seite mittels Fraise hineingebohrt, dieses Loch dann entsprechend der Mosetig'schen Technik plombiert, durch Naht von Periost und Haut geschlossen, die Wunde mit Kollodium verklebt. Dann Entnahme der behandelten Knochenteile zu verschiedenen Terminen, so daß Untersuchungsmaterial vom 3.—35. Tage nach der Operation verfügbar war, welches dann mit Entkalkung, Färbung etc. kunstgerecht histologisch verarbeitet ist.

Die Untersuchungsbefunde werden mitgeteilt und durch 8 histologische Abbildungen erläutert. Beschreibung wie Bild zeigen in sehr interessanter Weise den allmähligen Ersatz der Plombenmasse durch Knochenneubildung, bei welcher man den bekannten mikroskopischen Details der Knochenbildung wieder begegnet. In den der Höhle anliegenden Kanälchen sieht man starke Erweiterung der Querschnitte unter gleichzeitiger Bildung sehr zahlreicher Elemente nach Art der Osteoblasten. In der Höhle tritt zunächst ein spindelzelliges, fibroplastisches Gewebe auf, in dem sich frühzeitig osteoide Bälkchen bilden, welche unter Kalksalzaufnahme allmählich zu neuer Spongiosa heranreifen und mit der Compacta in Verbindung treten. Vom Periost aus wird ebenfalls neues Knochenmaterial geliefert.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

5) **R. Seggel.** Experimentelle und histologische Beiträge zur Anatomie und Pathologie des Gelenkknorpels. I. Verhalten des Knorpels bei Übertragung in die Bauchhöhle. II. Studien über Knorpelwunden und Defekte. III. Histologische Untersuchungen über die Veränderungen des Knorpels bei Gelenktuberkulose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 326 u. 453; Bd. LXXVI. p. 42.)

Die erste der genannten Arbeiten berichtet über an Kaninchen angestellte Experimente. Den Tieren wurde ein Kniegelenk eröffnet und aus der Konvexität jedes Condylus femoris und der Fossa intercondyloidea ant. ein flaches Stück abgeschält, um nach Eröffnung der Bauchhöhle in dieser an verschiedenen Stellen (an der Innenseite der Laparotomiewand — Wunde? Ref. —, im Netze, Dünndarmgekröse usw.) eingepflanzt zu werden. Nach Tötung der Tiere zu verschiedenen Terminen erfolgte die mikroskopische Untersuchung der eingepflanzten Stückchen. Der zweite Aufsatz beschäftigt sich mit Untersuchung der verwundeten Knorpelstellen im Kniegelenke der Versuchstiere, der dritte endlich mit der histologischen Untersuchung des Knorpels in tuberkulösen Gelenken, stammend aus dem Materiale der Marburger Klinik. Der wesentliche Inhalt sämtlicher Arbeiten besteht in den Protokollen bezw. ausführlichen Beschreibungen der mikroskopischen Befunde, denen leider gar keine Abbildungen beigefügt sind. Über die über die gleichen Gegenstände von früheren Forschern erhobenen Befunde wird vergleichender Bericht erstattet. Bei dem im wesentlichen rein pathologisch-theoretischen Interesse von S.'s Untersuchungen sollen deren Hauptergebnisse nur kurz angedeutet werden. Ad I. Der aus der Kontinuität in die Bauchhöhle versetzte Gelenkknorpel des Kaninchens besitzt eine sehr ausgesprochene Vitalität und erleidet mit der Zeit eine Umwandlung in Knochengewebe durch Apposition und Metaplasie ohne gleichzeitige regressive Veränderungen. Es bildet sich rund um das Knorpelstückchen ein neues Gewebe, das sich als wirklicher Knochen ausweist. Infolgedessen werden die

Stückchen in den späteren Stadien zunehmend stärker, knochenähnlicher, so daß sie vom 30. Tage an zum Untersuchungszweck, wenn auch kurz, entkalkt werden mußten. Bedingung für Zustandekommen dieser produktiven Gewebsveränderungen ist Ernährung der Stückchen vom Bauchfell aus; wurden Knorpelstückchen, die in eine Zelloidinkapsel eingeschlossen waren, in die Bauchhöhle gepflanzt, so blieben sie aus. Ad II. »Der Knorpel besitzt in loco eine Reaktion auf traumatische Eingriffe, die in einer oft sehr starken Proliferation der Knorpelzellen mit Auftreten von Mitosen besteht. Sie kann sogar zu Knorpelneubildung mit Neuformung von Grundsubstanz führen, diese bleibt aber immerhin umschrieben und liefert jedenfalls nur einen ganz geringen Beitrag zur Bildung des Ersatzgewebes, das als bindegewebige Narbe zu betrachten ist und bei Mitbeteiligung des Markes zum größten Teil aus demselben durch bindegewebige Metaplasie hervorgeht. Ist der Defekt in der Nähe einer Ligamentinsertion oder des Kapselansatzes, so wird der Ersatz in Form eines Pannus von demselben geliefert; ist der Defekt ganz zentral gelegen und oberflächlich, so bleibt er mehr oder weniger bestehen, ebenso wie einfache Inzisionen noch nach 14 Tagen ohne jede Reaktion sind.« Ausgedehnte Degenerationen des Knorpels hat S. nicht gefunden, die Umwandlung bindegewebiger Knorpelnarbe in Knorpel bezweifelt er. Ad III. Die Befunde am Knorpel tuberkulöser Gelenke sind außerordentlich verschiedenartig und scheinen in ihrer ungleichen pathologischen Hochgradigkeit von der von Fall zu Fall wechselnden Erkrankungsintensität, bezw. dem Virulenzgrade der tuberkulösen Infektion abzuhängen. In leichteren Erkrankungsgraden zeigen die Knorpelzellen, wesentlich wohl unter dem Einflusse der Hyperämie, eine reaktive Wucherung und enthalten auch noch Glykogen. Auch Osteoidbildung kommt vor. Bei schwereren Infektionsgraden starben die Knorpelzellen, manchmal auch nach vorherigen regressiven Veränderungen, rasch ab. In sich bildender pannöser Auflagerung dringt ein Wall von Fibroblasten bezw. Granulationszellen gegen den Knorpel vor, dessen Grundsubstanz verdaut wird und schließlich spurlos verschwindet. Ähnliche Befunde boten sich bei septischen Gelenkeiterungen, sowie bei Knorpelusuren in einem außer Funktion gesetzten Fußgelenk und bei einer Coxa vara: einfache Aufzehrung oder Verdauung des gefäßlosen Knorpelgewebes ohne Reaktion seiner Zellen durch das benachbarte vaskularisierte bezw. Granulations- oder Narbengewebe. Nur eine Reaktion der Knorpelzellen beobachtete S. in einem Falle von Tuberkulose und in dem außer Funktion gesetzten Fußgelenke: nämlich am Fibroblastenrande einen Saum von osteoidem Gewebe, der durch Metaplasie der Knorpelzellen entstanden ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

6) **Franz.** Klinische und experimentelle Beiträge betreffend das Aneurysma arteriovenosum.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

F. publiziert die Krankengeschichte eines 12jährigen Knaben, der durch die abgebrochene Klinge eines in den Oberschenkel gedrungenen Federmessers ein Aneurysma arteriovenosum erwarb. Erwähnenswert ist, daß die Hauttemperatur des kranken Beines eine höhere war wie die des gesunden, und daß infolge der stärkeren Blutzufuhr das erstere um 3 cm gegenüber dem anderen verlängert war. Außerdem bestand noch Anakrotie der über dem Aneurysma aufgenommenen sphygmographischen Kurven. Bramann zieht die Tatsache in Frage, daß dieser Anakrotismus für das arteriell venöse Aneurysma charakteristisch sei, speziell für die Venenpulsation im Gegensatze zu Ebenau. Verf. glaubte deshalb diese Eigentümlichkeiten der Temperatur und Blutdruckverhältnisse am Experimente prüfen zu sollen. Es gelang ihm bei Tieren, sowohl eine einfache arteriell venöse Fistel als auch ein Aneurysma mit intermediärem Sack zu bilden. Nach verschiedenen resultatlosen Vorversuchen bediente er sich dazu eines Verfahrens, das dem der Anlegung der lateralen Enteroanastomose gleicht. Sowie die Blutung stand, war die Kommunikation zwischen Arterie und Vene wahrnehmbar und konnte monatelang ohne Eintritt einer Thrombose anhalten. Sofort war stets nach Herstellung der Kommunikation eine erhebliche Dilatation des peripheren Venenendes zu erkennen. Das letztere bekam meist den doppelten Umfang. Ebenso deutlich war der Einfluß des arteriellen Blutes auf die Pulsation. Sowohl zentral wie peripher pulsierte die Vene sichtbar und fühlbar. Es wurden auch zahlreiche Pulskurven aufgenommen, eine recht mühevolle Arbeit, welche ergab, daß die Pulsation im peripheren Venenabschnitt es ist, welche das typische Bild der Anakrotie zeigt. Was das Schwirren anlangt, so hat der Zusammenstoß der beiden verschiedenartigen Blutströme nichts mit ihm zu tun. Für das Schwirren und das kontinuierliche Geräusch existiert dasselbe Gesetz. Sie sind bedingt durch die Oscillationen des Blutes und werden erst sekundär den Gefäßwänden mitgeteilt. Es handelt sich dabei ausschließlich um Oscillationen des arteriellen Blutes, das venöse kommt nicht in Frage. Die beiden Phänomen beruhen auf dem freien Abfluß des arteriellen Blutes in den zentralen Venenabschnitt. Der periphere Venenabschnitt hat mit ihnen nichts zu tun. Schnürte Verf. den peripheren Venenabschnitt ab, so wurde das Geräusch trotzdem in zentrifugaler Richtung fortgeleitet. Wurde das zentrale Ende der Vene abgesperrt, so wurde das kontinuierliche Geräusch diskontinuierlich, verlor seinen sausenden Beiklang und bekam den Charakter der durch ein schabendes Nebengeräusch verunreinigten Herztöne. Bezüglich der Blutdruckschwankungen zieht Verf. aus seinen sphygmographischen Kurven folgende Schlüsse: der Anakrotismus ist der Ausdruck der Krafteinwirkung des arteriellen Blutes auf die Wand des peripheren Venen-

abschnittes und beim Aneurysma mit intermediärem Sack auf die Wand des letzteren. Ferner gleichen sich die Kurven des zentralen Venen- und des peripheren Arterienendes insofern, als sie eine niedrige wellenförmige Linie darstellen. Die Zirkulationsstörungen, welche sich an die Anastomosenbildung anschließen, rufen eine unmittelbare Temperaturerniedrigung hervor, welche sich jedoch bald ausgleicht. In der Nähe der Anastomose kann auf der operierten Seite die Temperatur sich steigern, während die entfernter gelegenen Teile der Extremität immer eine Erniedrigung zeigen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

7) **Offergeld.** Experimenteller Beitrag zur toxischen Wirkung des Chloroforms auf die Nieren.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 3.)

Im Anschluß an einen Chloroformtodesfall mit schweren Veränderungen in den Nieren prüfte Verf. an Tieren die Wirkung des Mittels auf die Nieren und benutzte im allgemeinen dazu Ratten, Meerschweinchen und große Kaninchen, die meist 2 Stunden lang narkotisiert wurden. Zuerst zeigt Verf. durch eine Versuchsreihe, daß es bei Tieren gelingt, nach einmaliger Narkose parenchymatöse Veränderungen in den Nieren zu schaffen, denen die Tiere erlagen, wenn sie auch die Narkose gut überstanden hatten. Pathologisch-anatomisch handelte es sich um Fettdegeneration. Unterbindung der Art. renalis ließ die fettige Degeneration nach Chloroformnarkose nicht zustande kommen, während die durch Unterbindung der Venen erzeugte Hyperämie einen besonders günstigen Boden für die fettige Entartung erzeugte. Ähnlich wirkte die Abbindung der beiden Harnleiter und dadurch entstehende Hydronephrose so schädigend, daß selbst kurzdauernde Narkosen fettige Degeneration hervorbrachten. Natürlich spielte dabei auch die durch Anurie bedingte Stoffwechselanomalie eine Rolle. Weiterhin wurden die Nieren der Versuchstiere durch verschiedene Mittel in den Zustand der Entzündung gebracht, sei es durch Verabreichung von Alkohol, Adrenalin, Säuren usw., sei es durch Infektion der freigelegten Organe mit frischen Eiterbakterienkulturen oder sonstigen pathogenen Mikroorganismen, wie durch Injektion von Toxinen. Bei all diesen Schädigungen der Nieren trat ebenfalls wieder viel leichter eine Degeneration der Epithelien der Harnkanälchen ein. Die Narkotisierung trächtiger Tiere ergab an sich keine erhöhte Disposition zur fettigen Nierenentartung. An Tieren, welche mehrere Tage nach einer kurzdauernden Chloroformnarkose nochmals betäubt wurden, zeigte O., daß auf dem Boden der durch die erste Narkose veranlaßten Nierenparenchymläsion sehr intensive Nierenschädigungen durch die zweite Narkose hervorgerufen wurden.

Was die an Hunden vorgenommenen Stoffwechselversuche anlangt, so zeigte sich der N-Stoffwechsel bei gleichzeitigem Bestehen einer Nephritis ganz unregelmäßig. Wichtig erschien ferner die Frage der eventuellen regenerativen Vorgänge. Diese erwiesen sich als möglich;

Regeneration von der geschädigten Zelle selbst, und zwar erfolgt die aus ihr schwindet und dann die Zelle selbst indem zuerst das Fett durch Mitose den Defekt der angrenzenden Zellen mit ihren Nachbarn deckt. Interessant ist ferner die Beobachtung, daß nach der Chloroformnarkose das Fett in den Geweben schwindet und sich zum größten Teil in der Leber ansammelt, so daß ihr prozentualer Fettgehalt steigt, während alle anderen Organe fettärmer werden. Die Entscheidung, ob diese Fettanhäufung in der Leber ausbleibt, wenn man die zuführenden Gefäße unterbindet, gelang leider nicht, da alle Tiere, bei denen diese Gefäßunterbindung versucht wurde, starben.

Verf. stellte sich weiterhin die Frage, ob wir kein Mittel besitzen, die durch das Chloroform bedingten Nachwirkungen zu vermeiden. Die zu diesem Zweck eingeleiteten Chloroform-Sauerstoffnarkosen ergaben zwar auch fettige Degenerationen der Harnkanälchenepithelien, aber nur in beschränktem Maße, so daß schon in ein paar Tagen Ausheilung erfolgte.

Die Experimente des Verf.s ergeben also, daß schon im Anschluß an kurzdauernde Chloroformnarkosen Gewebsschädigungen einzelner Organe entstehen können. Pathologisch-anatomisch handelt es sich bei den Nierenveränderungen um eine parenchymatöse Nephritis, besonders der Harnkanälchen. Ersichtlich sind die Gefahren rasch aufeinander folgender Narkosen, wie sie z. B. die Gynäkologen sehr häufig anwenden, wenn sie zuerst eine Narkosenuntersuchung und bald danach eine Operation vornehmen.

Gefährlich sind für Narkosen schon vorhandene, event. latente Nephritiden. Der Chemismus der mütterlichen Niere scheint in der Schwangerschaft wenig verändert zu sein. Für die Leber gilt, daß nach Chloroformnarkose in ihr in erster Linie eine Fettinfiltration erfolgt, und daß, wenn überhaupt die fettige Degeneration eintritt, sie nur in sehr beschränktem Maß erfolgt und als sekundärer Vorgang anzusprechen ist. Als die wahrscheinlich den tatsächlichen Verhältnissen sich am meisten nähernde Ansicht über die Art der Chloroformschädigung sieht Verf. die Neudörfer's an, welche dahin geht, daß das Chloroform das Hämoglobin verändere, so daß es in seiner Eigenschaft geschädigt werde, sich mit dem Sauerstoffe zu verbinden. Es wäre also der relative Sauerstoffmangel, welcher die Erscheinungen der fettigen Degeneration bedinge. Diese Gesichtspunkte würden den Wert der Sauerstoff-Chloroformnarkose erklären und ihre ausgedehntere Anwendung empfehlenswert erscheinen lassen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

8) **B. Müller.** Über Fettmetamorphose in den inneren parenchymatösen lebenswichtigen Organen nach einfachen und Mischnarkosen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 4.)

Verf. hat eine große Zahl außerordentlich interessanter und instruktiver Versuche über die Wirkung der verschiedenen Narkotika an

Tieren gemacht, die er nach wiederholten Betäubungen sezierte, um dann die inneren Organe besonders auf die Fettmetamorphose hin zu untersuchen. Die vielen lesenswerten Einzelheiten in einem Referate wiederzugeben, würde dessen Raum überschreiten. Jedenfalls kann man aber aus den Versuchen schließen, daß nach jeder Narkose eine mehr oder weniger starke beginnende Fettmetamorphose in den inneren Organen hervorgerufen wird. Oft ist die Veränderung in der Niere nicht so stark, daß Albuminurie auftritt, aber eine wenn auch noch so geringe Alteration der Epithelien besteht nach jeder Narkose. Übrigens geht diese beginnende Fettmetamorphose, welche auch keineswegs alle Zellen auf einmal ergreift, bald wieder zurück. Eine schon bestehende Fettmetamorphose, wie sie z. B. durch eine vorangegangene Narkose verursacht wird, wird durch eine neue Betäubung mit Narkoticis sehr verschlimmert. Dabei ist es gleichgültig, welches Narkotikum verwendet wird. Chloroform, Chloralhydrat und Bromäthyl wirken dabei am intensivsten. Das letztgenannte Mittel ist für längere Narkosen überhaupt ganz unbrauchbar. Der Aether sulfuricus wirkt im ganzen weniger auf Herz und Hirn ein, doch findet man nach mehreren Narkosen mit demselben auch Fettmetamorphosen in diesen Organen. Bei jeder längeren Äthernarkose finden sich kleine pneumonische Herde in den Lungen mit Schleimfüllung der Alveolen, Blutkörperchenanhäufung in denselben und Rundzelleninfiltration im umgebenden Gewebe. Diese Lungenveränderungen sind beim Chloroform geringgradiger. Leber und Niere wurden durch den Äther dagegen weniger angegriffen als durch Chloroform. Im großen und ganzen besteht jedenfalls eine Einheit in der schädlichen Wirkung der verschiedenen Narkotika, nur sind graduelle Unterschiede der Intensität vorhanden. Die Lehre, die man für die Praxis aus diesen Ergebnissen ziehen soll, ist die, jede Narkose möglichst zu kürzen, nicht innerhalb 3—6 Tagen wiederholt zu narkotisieren und die Organe vor jeder Betäubung auf schon bestehende Fettmetamorphose zu untersuchen. Die Gründe, welche für die Wahl des einen oder anderen Narkotikums sprechen, stimmen in den Resultaten der vorliegenden Versuche mit den Erfahrungen der Klinik überein. Ersichtlich ist, daß gewisse Erkrankungen eine strikte Kontraindikation für jede Narkose sind, vor allem Fettmetamorphosen in Herz, Niere und Leber. Die Mischungen aus Chloroform und Äther erwiesen sich keineswegs als bessere Narkotika, sondern sie besaßen eher üblere Eigenschaften. Es ist aus den Experimenten ersichtlich, daß jede Mischung, in der Chloroform enthalten ist, wenig anders wirkt als reine Chloroformnarkose. Nach Äthermischnarkosen entstehen ebenso wie nach reinen Äthernarkosen Pneumonien der oben geschilderten Art.

Am Schlusse der interessanten Arbeit sind die Versuchsprotokolle und ihre Ergebnisse einzeln wiedergegeben.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

9) **E. A. Robertson.** Mixed anaesthesia with special reference to the administration of hyoscine hydrobomate before ether.

(New York med. record 1904. Januar 9.)

R. spricht sich äußerst günstig aus über die Wirkung von Skopolamin (Hyoscinum hydrobromatum) 0,0006, 1/2 Stunde vor Beginn der Äthernarkose injiziert.

Das Exitationsstadium fällt ganz weg, Schleim- und Speichelsekretion werden verringert und durch geringe Herabsetzung des Blutdruckes Cyanose und schwere zerebrale Kongestionen verhindert.

Loewenhardt (Breslau).

---

10) **D. H. Stewart.** An antiseptic toilet for the hands and vulva.

(New York med. record 1904. Januar 30.)

Bakteriologische Versuche ergaben nach Angabe S.'s das Resultat, daß eine in dem Neuyorker poliklinischen Hospitale geübte Desinfektionsmethode allen anderen überlegen sei.

Außer einer 5 Minuten langen mechanischen Reinigung werden die Hände ebensolange in einer Lösung von zwei gehäuften Teelöffeln frischen Chlorkalkes (35 %ig) und einem Eßlöffel Essigsäure (36 %ig) auf 1/2 Liter Wasser behandelt. Die naszierende unterchlorige Säure ist das wirksame Agens.

Loewenhardt (Breslau).

---

11) **P. Klemm.** Zur Frage der Sterilität der Haut.

(Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 503.)

Eigene Überlegungen und Versuche, vornehmlich an der eigenen Hand, über die hier näher berichtet wird, haben den Verf. zu einer selbständigen Desinfektionsmethode für die Hände geführt, die eine Abänderung des Fürbringer'schen Verfahrens darstellt. Der erste Akt, die Anwendung von heißem Wasser und Seife, soll die oberflächlichen Epithellager zum Aufquellen bringen, sie lockern, um dann ihre Entfernung mit der Bürste zu ermöglichen. Vorschrift hierfür: In einem mit Wasser von 54° C gefüllten Becken werden 1—2 handvoll Kali-Schmierseife gelöst und hierin die Hände 5 Minuten lang gebürstet. Sodann wird, der Vorschrift Hägeler's folgend, grüne Seife so lange auf die Haut der Hände eingerieben, bis sie verschwindet und die Haut keine Seife mehr annimmt. Mit 3—4mal erneuter Bürste wird unter der Heißwasserdusche die eingeriebene Seife wieder herausgeschwemmt, was 6 Minuten währt. Dann Abspülen der Hand unter der heißen Dusche, Abtrocknung derselben mit rauhen, sterilen Tüchern. Nachdem dann noch eine Entfettung mit Schwefeläther vorgenommen, schließen sich als Schlußakte die Anwendung von Sublimat und Alkohol an. Daß diese Mittel in der genannten Reihenfolge und nicht in der umgekehrten, von Fürbringer gelehrten angewandt werden, geschieht aus folgenden

Gründen. Sublimatlösungen wirken höchstens bis auf die zweite Zellschicht der Oberhaut, also immerhin nur oberflächlich, wofür K. auch eigene Versuchsbefunde beibringt. Hingegen bewirkt der Alkohol eine sehr erhebliche mechanische Veränderung der Hautfläche, wesentlich bestehend in einem kontrahierenden, die Elemente der Epidermisoberfläche enger zusammenschiebenden Vorgange. Hierdurch entsteht eine Art steriler Decke über den Keimen, die letztere sozusagen in der Haut inkarzeriert. Bleiben die Keime freilich trotzdem noch unsterilisiert, so genügt doch schon das Scheinresultat, daß sie zurückgehalten werden, für die Bedürfnisse der Praxis. Nach hierauf angestellten Versuchen nimmt K. an, daß die besprochene Wirkung des Alkohols ca. 30 bis 45 Minuten vorhält. Um ihrer Dauer während längerer Operationen sicher zu sein, wird man die Hand während der Arbeit ab und zu wiederholt in 70%igem Alkohol zu baden haben.

Die am schwierigsten und völlig überhaupt wohl nicht zu vermeidende Infektionsart für die Wunden bleibt stets diejenige mittels Naht- und Ligaturfäden, die als Implantation aufzufassen ist. Zwar können sämtliche Fadenarten für den Gebrauch sicher sterilisiert werden, sie können aber sowohl durch die Finger des assistierenden Personals und des Operateurs als durch die von ihnen passierte Haut des Pat. infiziert werden. Der letzte Infektionsmodus wird nie ganz zu umgehen sein; die Infektion durch die Finger muß dadurch zu vermeiden gesucht werden, daß nur einer, der Operateur, mit den Fäden hantiert.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

12) **A. C. White.** Liquefied air.

(New York med. record 1904. Januar 16.)

W. wünscht, daß die Ungefährlichkeit und therapeutische Wirksamkeit der flüssigen Luft mehr bekannt werde.

Das Mittel sei kein Explosivstoff, könne in offenen Gefäßen ebenso wie Wasser ohne Gefahr sogar auf einen glühenden Ofen gestellt werden. Dagegen brenne natürlich infolge des Sauerstoffgehaltes jede Substanz, welche hineingeworfen werde.

Flüssige Luft kann zur Lokalanästhesie, Entzündungserregung und -Herabsetzung, Verschorfung und Antiseptik benutzt werden. Besonders bei der Behandlung von Karbunkeln, aber auch bei Lupus vulgaris ist sie ausgezeichnet zu verwerten. Verf. hat auch einen großen inoperablen Brustkrebs damit behandelt. Kleine Neubildungen der Haut werden leicht durch das Mittel zerstört. Torpide Wunden granulieren nach nur sekundenlangem Spray bei wenigen Anwendungen besser.

Loewenhardt (Breslau).

13) **R. Kutner.** Zur Behandlung der unfreiwilligen Harnentleerung.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904. Nr. 22.)

Verf. weist auf jene Fälle unfreiwilliger und unbewußter Harnentleerung hin, die lediglich in örtlichen Anomalien der Muskulatur

ihre Erklärung finden. Zwischen Detrusor und Sphinkter besteht in der Norm ein gewisser Gleichgewichtszustand. Dieser wird durch zu langes Zurückhalten der Harnentleerung insofern gelöst, als der Schließmuskel, übermäßig angestrengt, in einen chronischen Spasmus gerät, den der durch die abnormen Dehnungen der Blase geschwächte Detrusor erst bei stärkster Füllung überwindet. In diesem Augenblick entleert er durch seine Zusammenziehung einen Teil des überschüssigen Urins, worauf das Übergewicht des Sphinkters von neuem einen kompletten Verschluß der Blase herstellt und die weitere Entleerung hindert. Man findet somit bei der Untersuchung die Blase stets reichlich gefüllt und einen ziemlich kräftigen Widerstand der Schließmuskulatur beim Einführen einigermaßen stärkerer Instrumente.

K. teilt eine typische Beobachtung dieser Art bei einem 7jährigen Mädchen mit, das seit der Geburt alle 2—3 Stunden Tag und Nacht unfreiwilligen Urinabgang hatte; nur 2- bis 3mal am Tage spürte es normalen Drang. Auch bei Erwachsenen gibt das gewohnheitsmäßige Verhalten des Harns zur Entstehung des Leidens, das Verf. z. B. bei überlasteten Beamten, Arbeitern auf belebten Plätzen und einem vielbeschäftigten Arzte, besonders häufig aber bei Frauen nachweisen konnte, Veranlassung. Durch Anhalten zum Urinieren in regelmäßigen Abständen und Schwächung des Sphinkters durch allmähliche Dilatation mittels Metallsonden ist nahezu immer Heilung zu erzielen.

Gutzeit (Neidenburg).

---

14) **E. Forgue.** Die Freilegung des hinteren Abschnittes der Urethra vor der Prostata ohne Leitsonde bei der Urethrotomia externa.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 411.)

F., Professor der Universität in Montpellier, empfiehlt die genannte Operation für die schwersten Fälle impermeabler Strikturen, wo sie den stets einen unangenehmen Notbehelf darstellenden Catheterismus posterior von einem hohen Blasenschnitt aus zu ersetzen geeignet ist, wie er sich selbst in drei (übrigens nicht näher mitgeteilten) Fällen überzeugt hat. Seine Technik ist folgende: Steile Beckenhochlagerung, so daß der Damm fast horizontal liegt; der After wird zur Vermeidung septischer Infektion von daher durch einen Tampon oder zusammenkrallende Zangen geschlossen. Bogenförmig, nach vorn konvexer Schnitt von einem Os ischii zum anderen zwei Querfinger breit, vor dem After Eingehen in die Tiefe zwischen Bulbus und Mastdarm, wobei die speckartig veränderten Dammweichteile getrennt werden. Unter Vorwärtsziehung des Bulbus und Zurückziehung des Hautlappens nebst Mastdarm kommt man auf die Aponeurosis media und den membranösen Teil des vorderen Dammes. Jetzt spannt sich in der Wunde ein Muskelband von vorn nach hinten, der M. recto-urethralis Roux, der, wie Proust und Gosset gezeigt haben, der wahre »Festungsschlüssel« zum retro-prostatischen Raum ist. Dieser

Strang ist zu trennen, wobei man sich, um den Mastdarm nicht zu beschädigen, nach vorn halten muß. Ist dies geschehen und sind auch die Levator ani-Bündel, welche zur Seite der Prostata hingehen, gelöst, so können die Spitzen der beiden Zeigefinger die dorsale Fläche der Prostata auf stumpfem Weg unschwer entblößen, indem sie die beiden glänzenden und glatten Blätter der Aponeurosis prostato-peritonealis trennen. So wird die Spitze der Prostata nebst der aus ihr entspringenden Harnröhre schön klar und zur Inzision bereit gelegt. Der Operationsgang ist also ähnlich wie bei der perinealen Prostatektomie und, wie F. selbst sagt, nicht neu. F. zitiert verschiedene englische und französische ebenso oder ähnlich vorgehende Chirurgen, von deuschen Zuckerkandl und Kocher.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

15) **L. Casper.** Zur Therapie der Blasengeschwülste.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 4.)

C. bespricht die Behandlung der Blasengeschwülste vom praktischen Gesichtspunkte auf Grund 20jähriger Erfahrung. Die Feststellung einer solchen Geschwulst ist leicht, schwierig die für die Vorhersage und Art der Behandlung wichtige Unterscheidung ihrer Natur. Unter Hinweis auf cystoskopische und Präparatabbildungen wird die pathologische Anatomie und der klinische Verlauf der gut- und bösartigen Blasengeschwülste übersichtlich gezeichnet. Über die Häufigkeit des Vorkommens lehnt Verf. ein Urteil ab; jedenfalls erwiesen sich ihm eine ganze Reihe von früher als bösartig angesehenen Bildungen als gutartig. Symptomatisch wird bei beiden Gattungen der Harndrang und Schmerz durch innerliche und rektale Narkotika, die Blutung durch Stypticin innerlich, besser durch kleine starke Höllensteinspülungen und den Dauerkatheter bekämpft. Nebennierenextrakt bewährte sich dem Verf. bisher nicht; vor Gelatineeinspritzung in die Blase wird gewarnt. Der hohe Blasenschnitt ist in manchen Fällen gutartiger Neubildungen ein zu großer Eingriff und durch symptomatische Maßnahmen zu ersetzen; er ist angezeigt bei stärkeren Blutungen und fortschreitendem Wachstum der Geschwulst. Die intravesikale Entfernung der gutartigen Blasengeschwülste mittels des Casper'schen Operationscystoskops und der kalten oder galvanokaustischen Schlinge führte in etwa 30 Fällen niemals zu gefährlichen Ereignissen. Die Blutung war erstaunlich gering. Ist aber die so bearbeitete Geschwulst keine gutartige, so treten danach häufig schwere Reizerscheinungen auf. Da auch der Versuch der Entfernung vom hohen Blasenschnitt aus schwierig ist, keine Bürgschaft für die radikale Austilgung des Krankheitsherdes gibt, Fisteln zurückläßt und oft den Tod an bereits auf dem Lymphwege verbreiteter Karzinose nicht verhindert, so ist diese Operation auf ganz kleine, an günstiger Stelle sitzende und hinsichtlich ihrer Gut- oder Bösartigkeit zweifelhafte Geschwülste zu beschränken. Die übrigen Kranken fahren besser und leben länger

bei der symptomatischen Behandlung (Narkotika nur im Notfalle, Blasenwaschungen, Hitzeanwendung).. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

16) **Rovsing.** Über die Methoden, vor den Nierenoperationen die physiologische Leistungsfähigkeit der Nieren zu bestimmen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 4.)

Verf. hat vor jeder Nierenoperation die quantitative Harnstoffbestimmung vorgenommen und hält sie, mit Kritik angewendet, für sehr wertvoll. Auf Kümmell's und Casper's Empfehlung der Blutgefrierpunktsbestimmung und der Phloridzinmethode hin hat er auch diese Methoden zur Prüfung der Nierenfunktion seit 1901 angewendet, sieht aber seine Hoffnung, in denselben ein sicheres Mittel zur Erkenntnis der Nierenleistungsfähigkeit zu erwerben, als gescheitert an. Er hält beide Verfahren für unsicherer als die Harnstoffbestimmung und für geeignet, zu den schlimmsten Mißgriffen zu verführen. In einem Falle, wo trotz niedrigen Blutgefrierpunktes die Nephrektomie vorgenommen wurde, ist trotz der scheinbaren Gefahr Pat. glatt genesen. Bei einem anderen Kranken war der eine Harnleiter völlig verstopft, die andere Niere gab auf Phloridzininjektion gar keine Zuckerreaktion. Der danach eigentlich unerlaubterweise vorgenommene Eingriff, die Entfernung der tuberkulösen rechten Niere, führte zur Genesung, und nach der Operation trat auch prompt die Phloridzin-Zuckerreaktion auf. Außerdem erlebte R., im Gegensatze zu Casper's Angaben, daß diese Reaktion erst nach 3—5 Stunden ihren Höhepunkt erreichen kann. Bei einer 49jährigen Frau mit doppelseitiger Steinniere fand Verf. zwar keine Phloridzinreaktion, er erhielt aber normalen Gefrierpunkt des Blutes. Als er daraufhin die Pyelotomie ausführte, ging Pat. direkt ins Koma über und starb. Trotz dieser Mißerfolge hat R. in weiteren 50 Fällen dieselben Methoden geprüft und warnt auf Grund dieser Erfahrungen davor, einen niedrigen Gefrierpunkt des Blutes für gleichbedeutend mit doppelter Nierenaffektion zu halten und dadurch manchem die Operation zu versagen, die seine einzige Lebensrettung bedeutet. Ebenso haben die weiteren Erfahrungen bestätigt, daß ein normaler Gefrierpunkt des Blutes nicht das Gelingen einer Operation durch Garantie der Gesundheit der anderen Niere voraussetzen läßt. In 11 Fällen von 33 war in dieser Hinsicht das Resultat ein irreleitendes. Verf. bediente sich infolge dieser Tatsachen der Blut- und Urinkryoskopie nicht mehr. Der Umstand, daß die Zuckerausscheidung nach Phloridzininjektion nicht immer gleich, oft erst nach mehreren Stunden erfolgt, beruht wahrscheinlich auf einer nervösen Reflexwirkung auf die Nierensekretion. Bei Nervösen entsteht Polyurie, und es fließt fast reines Wasser ohne alle charakteristischen Bestandteile ab. Man darf sich deshalb nicht auf die Untersuchung nach dem Modus von Casper und Richter

verlassen, sondern muß die Urinmenge des ganzen Tages untersuchen. Einen Nutzen aus der Vergleichung beider Nieren auf Zucker hat man in diesen Fällen aber nicht. Schlimmer ist es noch, daß eine Krankheit der einen Niere oft reflektorisch auf die gesunde wirkt, so daß permanent ein negatives Resultat der Phloridzinprobe besteht und erst nach Exstirpation des kranken Oranges das gesunde anfängt, Zucker auszuscheiden. Man darf also auch bei negativem Ergebnis der Phloridzinprobe nicht vor dem Eingriffe zurückzuschrecken. Außerdem hat die Phloridzinprobe vor der Harnstoffprobe keine Vorzüge und ist nur gefährlicher als die letztere, insofern sie dann und wann Hämaturie erzeugt, wie R. an einem Falle selbst beobachtete. Wenn für die Wertschätzung der Kryoskopie und Phloridzinprobe angeführt wird, daß dieselben die Mortalität der Nephrektomien herabgedrückt hätten, so stellt Verf. dem entgegen, daß er trotz Vernachlässigung der Resultate dieser beiden Methoden ebenfalls eine viel geringere Mortalität der Nierenoperationen in der letzten Zeit gegen die frühere aufzuweisen habe (2,5 : 13). Diese Fortschritte sind erzielt durch die Uretercystoskopie. Sieht man, daß der Urin der zweiten Niere klar ist und frei von Albumen, so darf man ruhig die kranke Niere entfernen, auch wenn der Gefrierpunkt niedrig und die Zuckerausscheidung minderwertig ist. Ist dagegen Blut, Eiter, sind Mikroben in der zweiten Niere nachweisbar, so ist ein Eingriff mißlich.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

17) **E. Fuller.** Operative surgery applied to the seminal vesicles. A demonstration of some new principles.

(New York med. record 1904. Mai 21.)

F. legt die Samenblase in Knie-Ellbogenlage auf perinealem Wege frei mit ausgiebigen Seitenschnitten, um den Mastdarm genügend nach aufwärts abheben zu können. Außer einmaliger Verletzung des Mastdarmes ist in den 21 bisher operierten Fällen keine Komplikation zu verzeichnen gewesen. Die Behandlung des Organes besteht in Drainage, Ausschabung und etwaiger Entfernung von Neubildungen. Außer dieser Vesikulotomie will F. auch eine Art von Dekapsulation ausgeführt haben, um entzündliche Verwachsungen zu lösen.

Die Operationen betrafen chronische Entzündungszustände mit Sklerosierung vor und nach Ablauf eines Katarrhes, periseminale Abszesse, Adenom und Tuberkulose. In den ersteren Fällen waren andere Behandlungsmethoden vergeblich und die Symptome derart, daß ein Eingriff gerechtfertigt erschien. Nach den Krankengeschichten sind die Erfolge auch anzuerkennen.

Während die Entfernung der Geschwulst selbstverständlich erscheint, war die Entfernung der rechten Samenblase wegen Tuberkulose weniger erfolgreich, wie Verf. selbst zugibt; bei dem nach 5 Monaten erfolgten Tode zeigten sich auch Lungen- und Nierentuberkulose.

Auf eine weitere Erörterung, welche Vorteile die Methode des Verf.s gegenüber den bisherigen Wegen, Eiterherde in genannter Gegend zugänglich zu machen, bietet, geht F. nicht weiter ein; derartige Eingriffe sind hier selbstverständlich. Dagegen muß für die Behandlung einfacher chronischer Vesikulitis auf chirurgischem Wege bei Abwägung der Beschwerden die diesen Formen eigentümliche Sexualneurasthenie in Betracht gezogen werden, und scheinen die Indikationen bis jetzt schwer festzulegen. **Loewenhardt** (Breslau).

---

18) **Vince.** Nouveau procédé de cure chirurgicale du varicocèle.

(Journ. de chir. et annal. de la soc. belge de chir. 1904. September.)

Das Operationsverfahren des Verf.s besteht in der Resektion des Cremasters. Dieser Muskel ist bei den meisten Varikocelen erschlafft und ausgedehnt. Dadurch, daß man diesen Muskel reseziert, kann man wieder die physiologische Wirkung seiner Kontraktion herstellen. Diese Wirkung des Muskels besteht darin, daß er den Hoden hebt und dadurch den venösen Abfluß erleichtert, zugleich aber auch durch einen allseitigen Druck auf die Venen des Plexus pampiniformis den venösen Blutstrom beschleunigt.

Die Operation gestaltet sich folgendermaßen:

1) Der Hautschnitt vom äußeren Leistenringe bis zum oberen Pole des Hodens. — 2) Die Tunica vaginalis communis wird in der ganzen Ausdehnung des Hautschnittes durchtrennt; der Cremaster wird isoliert. — 3) Der Samenstrang wird ebenfalls isoliert und beiseite gehalten. — 4) Der ausgebreitete Cremaster wird quer mit zwei Klemmen gefaßt, die etwa 6 cm auseinander liegen. Die zwischen den Klemmen liegende Partie des Muskels wird reseziert. Die beiden Muskelstümpfe werden dann vernäht. — 5) Der Samenstrang wird auf den Cremaster gelegt. Naht der Tunica vaginalis communis. Hautnaht.

Läwen (Leipzig).

Kleinere Mitteilungen.

19) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

145. Sitzung am 13. Februar 1905 im Krankenhause Moabit.

Vorsitzender: Herr Sonnenburg.

1) Herr Max Cohn: Über Knochen- und Gelenkveränderungen bei Tabes dorsalis.

C. hat an einem großen Materiale tabischer Arthropathien im Krankenhause Moabit skiagraphische Studien gemacht. Er erörtert unter Vorstellung der Pat. und Demonstration der Skiagraphien die nachgewiesenen Veränderungen. Es wurden demonstriert: 1) Frakturen an den Epiphysen und Diaphysen der Röhrenknochen, 2) Luxationen und Subluxationen an allen Gelenken, 3) hypertrophierende und atrophierende Knochenprozesse, die sich an den Gelenkenden mit Beteiligung von Bändern und Muskeln abspielten. Die überreiche Callusbildung, die bei den tabischen Spontanfrakturen oft beobachtet wird, steht zu dem Grundleiden nicht in Beziehung; dagegen ist nach C. wahrscheinlich, daß die bei einem Pat. beob-

achtete Dupuytren'sche Fingerkontraktur als eine trophische Störung aufzufassen ist. Als ein besonders seltener Fall wird eine doppelseitige Handgelenksarthropathie gezeigt, die sich auf dem Boden eines Radiusbruches, dicht über dem Handgelenk, entwickelt hatte, sowie ein völliger Knochenschwund an zwei Metatarsalknochen und den zugehörigen Phalangen. Endlich macht C. auf das Vorkommen von tabischen Spontanfrakturen der Patella und von Schrägbrüchen in der Diaphyse der Röhrenknochen aufmerksam.

Diskussion: Herr Zeller hat drei Fälle von Rißfrakturen der Patella beobachtet, die beim Herabsteigen einer Treppe entstanden waren und bei denen 1 bis $1^3/_4$ Jahr später deutliche Symptome von Tabes vorhanden waren.

2) Herr Schwalbach: a. Aneurysma der Art. carotis int. und des Sinus cavernosus.

Bei einem 12jährigen Knaben trat $^1/_2$ Jahr, nachdem er mit einer Stricknadel einen Stich in das obere linke Augenlid erhalten hatte, Schwellung dieses Lides mit stärkerer Venenentwicklung, besonders am inneren Augenwinkel, ein, bisher ohne Störung der Beweglichkeit und ohne Herabsetzung der Sehschärfe des Auges. Am oberen Lide fühlt man deutliches Schwirren, bei etwas stärkerem Fingerdrucke weicht der Bulbus nach unten vorn aus und zeigt Pulsation. Bei Auskultation am Kopfe hört man lautes Blasen, das auf Kompression der Carotis int. am Halse verschwindet.

b. Retrobulbäres Karzinom, durch Operation geheilt.

Die vorgestellte 50jährige Frau bemerkte vor 18 Jahren, bald nach der Geburt ihres letzten Kindes, ein Hervortreten des rechten Augapfels, das ganz allmählich in den folgenden Jahren zunahm. Nach 16jährigem Bestehen zeigten sich häufigere Schmerzen und Abnahme der Sehkraft. Der Bulbus trat 1 cm weiter aus der Orbita hervor als der linke; Bewegungen des Augapfels konnten in der Blickrichtung nur nach unten innen vorgenommen werden, alle übrigen waren unausführbar; Sehschärfe = $^1/_3$. Hinter dem Bulbus konnte man von der Mitte des Margo supraorbit. bis zum äußeren Augenwinkel eine Geschwulst tasten, die in fester Verbindung mit der Orbita und dem Augapfel erschien. S. legte im November 1903 durch temporäre Resektion der seitlichen Orbitawand nach Krönlein Bulbus und Geschwulst frei und exstirpierte die in einer Kapsel sitzende walnußgroße Geschwulst; glatte Heilung; eine Lähmung des M. rectus sup. ging in 8 Tagen zurück. Histologisch erwies sich die Geschwulst als Endothelkarzinom, welche Diagnose auch durch Prof. Greeff bestätigt ist. Derartige retrobulbäre Karzinome sind ziemlich gutartig, meist abgekapselt. Die Frau ist bisher — $1^1/_2$ Jahr nach der Operation — rezidivfrei. Die Sehkraft beträgt jetzt ca. $^1/_2$ der normalen.

Herr Sonnenburg stellt eine Frau vor mit einem ausgedehnten Aneurysma im Gebiete der linken A. subclavia, welches zu einer pulsierenden Schwellung der linken Halsseite, der linken Brustwand und des linken Armes geführt hat. Zu erwägen sei, ob es sich nicht um eine pulsierende Geschwulst handle, doch müsse man die Diagnose eines diffusen Aneurysma im Gebiete der Subclavia festhalten, da im Beginne der Erkrankung von kompetenter Seite (in Königsberg) ein Aneurysma der Subclavia diagnostiziert worden sei.

3) Herr Hermes: Über intraperitoneale Blasenruptur.

H. berichtet über zwei Fälle intraperitonealer Blasenruptur, welche er im Krankenhause Moabit operiert hat, von denen der eine einige Tage nach der Operation gestorben, der andere nach längerem Krankenlager geheilt ist. Bei dem ersten Pat. handelte es sich um einen 10 cm langen Riß, welcher bei der Operation in Beckenhochlagerung durch dreietagige Naht mit Catgut geschlossen wurde. Über den Ausgangspunkt der letalen Peritonitis konnte nichts festgestellt werden, da die Sektion nicht gestattet wurde. Der andere Pat. hatte durch Überfahren mit einem schweren Wagen die Verletzung erlitten, wobei außer der Blasenverletzung noch ausgedehnte Hämatome am Rücken und in den Glutäalgegenden entstanden waren. Die Blasenwunde, 6 cm lang, wurde ebenfalls durch Catgut geschlossen und die Bauchwunde über einem die Blasennaht deckenden Mikulicztampon geschlossen.



Pat. wurde anfangs katheterisiert, vom 3. Tag ab ließ er spontan Urin; es kam weiterhin vorübergehend zu einer Blasenbauchfistel, welche sich spontan schloß. Infolge Vereiterung der Hämatome am Rücken und am Gesäß waren ausgedehnte Inzisionen nötig; auch diese Komplikationen hat Pat. nach langem Krankenlager überstanden; Vorstellung des geheilten Pat. H. zieht aus diesen beiden Fällen die Lehre, daß man bei der Blasennaht nicht sämtliche Nahtreihen mit Catgut ausführen soll, sondern daß man nur die Schleimhaut mit Catgut, die Muscularis und das Peritoneum mit Seide nähen soll; für die Nachbehandlung ist in der ersten Zeit die Anwendung des Dauerkatheters zu empfehlen.

Diskussion: Herr Braun berichtet über einen von ihm erfolgreich operierten Fall intraperitonealer Blasenruptur mit 6 cm langem Riß, wo er ebenfalls die Schleimhautnaht mit Catgut, die Muscularis-Serosanaht mit Seide gemacht und den Dauerkatheter angewandt hat.

4) Herr Hermes: Über Spontanabstoßung des Darmes bei Darminvagination.

H. hat die Spontanabstoßung eines ca. 60 cm langen Dünndarmstückes per anum bei Darminvagination beobachtet, an welche sich nach einigen Wochen ein Ileus infolge einer im Mastdarm nach dieser Spontanabstoßung entwickelten Striktur anschloß; es wurde ein Anus praeternat. flex. sigm. angelegt und die Striktur allmählich durch Bougierung erweitert. H. ist der Ansicht, daß die Mastdarmstriktur, welche etwa in Fingerlänge vom After bestand, die Folge einer Mastdarminvagination, die sich ebenso wie die Dünndarminvagination spontan abgestoßen hat, ist.

5) Herr Federmann: a. Operativ geheilter Milzabszeß nach Typhus abdominalis.

Bei einem Typhuskranken bestand in der 8. Woche hohe Leukocytose, ansteigendes Fieber nach vorherigem Abfall, eine handbreite Dämpfung über der linken Pleura, deren Punktion trübeitriges Exsudat ergab. Entleerung desselben (300 ccm) nach Resektion der 9. Rippe. Das Zwerchfell war stark nach oben gedrängt; unter Annahme eines subphrenischen Abszesses wurde es inzidiert, wonach aus dem subphrenischen Raume 300 ccm blutigen, mit nekrotischen Stücken vermischten Eiters abflossen. Es stellte sich heraus, daß unter dem Zwerchfelle sich ein von einem Milzabszeß herrührender, locker begrenzter Eiterherd etabliert hatte; die obere Hälfte der Milz war nekrotisch und wurde entfernt. Tamponade; nach 2 Monaten Heilung. — Die Diagnose der Milzabszesse nach Typhus ist sehr schwierig. Ein wichtiges Symptom sei eine hohe Leukocytose beim Fehlen von Temperatursteigerung und die basale Pleuritis; Druckempfindlichkeit der Milz fehle häufig. Meist sei nur ein Teil der Milz zerstört. Die operative Eröffnung der Abszesse erfolgt, wenn sie den Rippenbogen nicht überragen, nach Resektion einer oder mehrerer der die Milz deckenden Rippen. Ob die Pleurahöhle eröffnet werden müsse, hänge von ihrem Zustand ab, Pyothorax verschlechtere die Prognose wesentlich. Erreichen die Abszesse die Vorderfläche des Bauches, so sei ein Oberbauchschnitt zweckmäßig. Einzeitige Operation sei in jedem Falle zu empfehlen. Die Prognose der Operation ist im ganzen eine gute nach den 30 in der Literatur veröffentlichten Fällen. Vorstellung des geheilten Pat.

b. Totalresektion des Schulterblattes wegen Osteomyelitis.

In der Literatur sind 20 Fälle von Totalresektion des Schulterblattes bekannt ohne Todesfall. F. stellt einen 17jährigen Mann vor, dem er vor 3 Monaten das rechte Schulterblatt subperiostal reseziert hat. Derselbe war 4 Wochen krank, hatte hohes Fieber bei schwerem Allgemeinbefinden. Die Schultergegend war stark geschwollen, zeigte mehrere von Inzisionen herrührende Fisteln. Da sich bei der Operation das ganze Schulterblatt zum größten Teile vom Periost entblößt fand, wurde es entfernt; zurückgelassen wurden Proc. coracoideus und ein Teil des Akromion, was wegen der Muskelansätze wichtig erschien. Glatter Heilungsverlauf, ohne daß sich bisher ein Sequester abgestoßen hat. Die Regeneration des Schulterblattes ist gut im Gange, man kann bereits Knochen tasten und sie im

Röntgenbilde nachweisen (Demonstration). Der Arm kann bereits bis zur Horizontalen erhoben werden; die Außenrotation ist noch sehr beschränkt. Die Totalresektion ist in derartigen Fällen indiziert, weil die Regeneration eine vollständige ist, die Heilungsdauer abgekürzt und eine spätere Nekrotomie vermieden wird.

6) Herr Sonnenburg: Die Rückenmarksanästhesie mittels Stovain[1].

S. hat sich bisher gegenüber den Bestrebungen, die Anästhesie bei den Operationen durch Injektion von Kokain oder eines seiner Derivate in den Duralsack zu erzielen, ablehnend verhalten wegen der diesem Verfahren anhaftenden üblen toxischen Nebenwirkungen. Die Versuche wurden wieder aufgenommen auf Anregung des Herrn Fourneau in Paris mit dessen neu entdecktem Anästhetikum Stovain. Dieses Stovain ist ein Präparat, welches dem Kokain zwar verwandt ist, aber seinem chemischen Aufbau nach einer besonderen Gruppe von Körpern angehört; es ist vor allem weniger toxisch als das Kokain und seine Derivate, hat aber dabei dieselbe anästhesierende Kraft. Es ist ein Dimethylaminbenzoyldimethyläthylcarbinol. Da es zugleich billiger ist, wird es voraussichtlich in der Praxis als Anästhetikum an die Stelle des Kokains treten. Zu diesem Urteile berechtigen auch die Erfahrungen, welche im Krankenhause Moabit bei den Injektionen des Präparates in den Rückenmarkskanal gemacht worden sind. Es ist im ganzen bei 57 Operationen an den unteren Extremitäten, bei Mastdarm- und Genitaloperationen, bei abdominellen Operationen (Appendektomien, Gastroenterostomien, intraperitonealen Eiterungen) angewandt worden. Bei 11 Fällen hat die Injektion versagt, doch sind die Mißerfolge wohl durch Fehler in der Technik bedingt gewesen; in allen übrigen 46 Fällen trat eine für die vorgenommenen Operationen von $1/2$—$3/4$stündiger Dauer ausreichende volle Anästhesie ein, und ohne daß jemals Intoxikationssymptome (Erbrechen, Kopfschmerzen, Veränderungen an Puls und Atmung) beobachtet wurden. Die Technik der Injektion war die übliche. Das Präparat kommt steril direkt aus den kleinen verschlossenen Tuben, in denen es versandt wird, in die sterilen Spritzen, in denen es mit der Arachnoidalflüssigkeit verdünnt wird. Es wurden auf einmal Dosen von 0,05—0,07 gegeben. Die Anästhesie trat nach 2—10 Minuten, im Durchschnitt nach $5^1/_2$ Minuten ein. Sie reichte gewöhnlich bis in die Oberbauchgegend, wobei auch eine volle Anästhesie der in der Bauchhöhle liegenden Organe vorhanden war; einigemal war eine volle Anästhesie bis in die Halsgegend, einmal sogar bis auf das Gesicht und die Stirn erzielt worden. In einem Falle — nach einer Operation multipler Abszesse im Bauch infolge Gallenblasenperforation — trat 10 Tage nach der Operation eine aufsteigende Meningitis ein, welche den Tod herbeiführte. Das späte Eintreten dieser Komplikation nach der Injektion läßt vermuten, daß die Infektion nicht vermittelt gewesen ist durch die Injektion, durch die Spritze oder die Flüssigkeit, sondern daß die Meningitis durch die Pyämie hervorgerufen resp. als pyämische Lokalisation aufzufassen ist. Immerhin mahnt dieser Fall, bei der Lumbalpunktion und der anschließenden Injektion die strengste Asepsis zu beobachten, bei septischen Kranken es nicht anzuwenden. Das Mittel kann auf Grund der von S. gemachten Erfahrungen bestens empfohlen werden. Interessant sind auch gewisse Aufschlüsse über die sensiblen Nervenbahnen innerhalb der Bauchhöhle.

Diskussion: Herr Schiff berichtet, daß das Stovain in der chirurgischen Poliklinik der kgl. Charité an Stelle des Kokains bei der lokalen Anästhesie benutzt worden ist und daß auch dabei seine Wirkung nicht hinter der des Kokains zurückstand. In Anbetracht seiner geringen Giftigkeit könne es demnach auch für die Lokalanästhesie, als Ersatzmittel des Kokains, empfohlen werden.

Herr Sonnenburg bestätigt dieses.

7) Herr Federmann: Über Behandlung der akuten Peritonitis mit normalem Pferdeserum.

Um die Resistenz des Organismus und zugleich des Peritoneums gegen Infek-

[1] Veröffentlicht in der Deutschen med. Wochenschrift 1904. Nr. 9. März 2.

tion zu erhöhen, hat Herr Geh.-Rat Sonnenburg normales sterilisiertes Pferdeserum anwenden lassen. Das Pferdeserum besitzt neben seiner eine Hyperleukocytose erregenden Kraft noch eine stark bakterizide Fähigkeit; die letztere wird allerdings durch die angewandte fraktionierte Sterilisation erheblich — wie auch die klinischen Resultate ergeben haben — abgeschwächt, so daß es scheint, daß steril entnommenes — aber nicht bei 60° sterilisiertes — Serum vorzuziehen wäre. Es werden aus diesem Grunde nunmehr Versuche mit dem letzteren Serum gemacht. Es wurden — abgesehen von verschiedenen anderen Peritonitiden — bisher seit einem Jahre elf Fälle von eitriger Wurmfortsatzperitonitis mit Serum behandelt. Davon sind acht gestorben, drei geheilt worden. Es handelte sich in allen Fällen um weit fortgeschrittene diffus-eitrige Peritonitis mit letaler Prognose. Die schlechte Prognose ergab sich aus dem klinischen Bilde (fehlende oder niedrige Leukocytose) und dem pathologisch-anatomischen Befund. In acht Fällen (darunter zwei geheilt) wurde die Injektion des Serums (40 ccm pro die) erst nach der Operation mehrere Tage lang vorgenommen. Die Injektion geschah meist subkutan in den Oberschenkel. In drei Fällen (einer geheilt) wurden bei der Operation nach Entfernung des Wurmfortsatzes und Ausspülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung 60—80 ccm Serum in die Bauchhöhle eingegossen und diese dann tamponiert. Über den Wert der Methode läßt sich nach der geringen Zahl der behandelte Fälle noch kein definitives Urteil abgeben.

8) Herr Sonnenburg: Schädel- und Hirnverletzungen.

S. bespricht drei in der letzten Zeit kurz hintereinander zur Beobachtung gelangte Fälle eines epiduralen, eines subduralen Hämatoms und einer Hirnquetschung, die klinisch ganz gleiche Symptome machten. Bei keinem Falle war Hirndruck vorhanden. Am interessantesten war der Fall von subduralem Hämatom. Er betraf eine 57jährige Frau, die bewußtlos an einer Treppe vorgefunden war. Diagnose schwankte zwischen Apoplexie oder Trauma. Keine Anzeichen eines Traumas, keine Kontusionen am Schädel, Kopf oder Gesicht. Auftreten von Krämpfen, keine Hirndruckerscheinungen. Herdsymptome. Schnelle Verschlechterung des Zustandes, so daß bei Unsicherheit der Diagnose Eingriff nicht stattfand. Autopsie ergab subdurales Hämatom, dessen Ursache auch jetzt noch zweifelhaft war.

Wolff (Berlin).

---

20) **Froelich** (Nancy). Études de chirurgie infantile.
Paris, **A. Maloine,** 1905.

F. veröffentlicht in seinem Werke eine große Anzahl Fälle seiner Praxis, die durch ihre Seltenheit von allgemeinem Interesse sind.

Zunächst bespricht er zwei mit Erfolg operierte Fälle von Encephalokele. In dem einen, bei einem 2jährigen Kinde mit faustgroßer Hernie in der Gegend der großen Fontanelle, wurde nach Bildung eines Hautlappens der Stiel elastisch umschnürt, die Geschwulst abgetragen und die Wunde genäht. 6 Tage nachher konnte der mumifizierte Stiel entfernt werden. Die definitive Heilung erfolgte ohne Zwischenfälle. Die Geschwulst bestand zum größten Teil aus myxofibromatösem Gewebe, der Stiel wies noch einige Kerne nervöser Substanz auf. Ebenso und mit gleichem Erfolge wurde eine Encephalokele der Stirn bei einem Kinde von 2 Tagen behandelt.

F. stellt folgende Thesen auf: 1) Es gibt eine echte Encephalokele, eine Hirnhernie, die nur normales Gehirn enthält, und eine, welche veränderten Schädelinhalt besitzt. 2) Der Inhalt verändert sich fast immer im Sinne des Bindegewebes, und darin ist eine Art Selbstheilung zu erblicken. 3) Solange keine Lebensgefahr besteht, soll man mit einem operativen Eingriffe warten, da die bindegewebige Entartung größere Garantie für das Gelingen desselben bietet. 4) Ist die Operation indiziert, so umschneidet man am zweckmäßigsten die Geschwulstbasis unter Bildung zweier Hautlappen, die man über dem elastisch umschnürten Stiele vernäht.

Die Oesophagotomia externa führte F. mit Glück aus zur Entfernung eines Pfirsichkernes, der 18 cm unter der oberen Zahnreihe stecken geblieben war. Die Wunde wurde nicht genäht, das Kind genas in 3 Wochen. In 17 analogen aus der Literatur seit 1891 zusammengestellten Fällen betrug die Mortalität der Operation 5,8%. Sie wurde 13mal innerhalb der ersten 24 Stunden ausgeführt, 1mal nach 38 Stunden, 1mal nach 11 Tagen, 1mal nach mehreren Wochen, 1mal endlich nach fast 6 Jahren. Der jüngste Pat. war 2 Jahre. 6mal wurde die Speiseröhre sofort wieder geschlossen. Sehr störend kann bei der Operation die Hypertrophie der Schilddrüse sein, die fast immer vorhanden ist. Vor der primären Ösophagusnaht warnt F., da selten prima intentio eintritt. Die Ernährung geschieht am besten durch einen Katheter, der in den ersten 2 Tagen durch die Nase eingeführt wird; vom 3. Tage an können die Kranken schlucken. —

Bei Diphtherie rät Verf. die Serumbehandlung nur in ernstesten Fällen anzuwenden, nur bei gesunden Nieren und in kleinen Dosen. Die diphtherischen Lähmungen werden durch das Serum nicht beeinflußt. —

Ein Fall von Spina bifida, die F. ähnlich wie die Encephalokele operierte; nur wurde der freigelegte Geschwulststiel einfach unterbunden, dann die Haut vernäht. Mehrfaches Austreten von Zerebrospinalflüssigkeit zwang F., den Stiel erneut zu unterbinden und zu nähen. Das Kind genas. Von Punktion und Injektion von Jodoformglyzerin hält Verf. nichts. Da die Spina bifida auch spontan heilen kann, erscheint ein operativer Eingriff nur in den Fällen angezeigt, die nicht mit totaler Paralyse der unteren Extremitäten, des Mastdarmes und der Blase, sowie mit Hydrocephalus verknüpft sind. Je länger man in geeigneten Fällen mit der Operation wartet, desto günstiger werden die Aussichten. Nur wenn eine Ruptur des Sackes droht, soll man sofort operieren. Der Ansicht Broca's, daß die meisten Pat. mit operierter Spina bifida später an Hydrocephalus zugrunde gehen, stimmt der Autor nicht bei. Er demonstriert einen von ihm operierten Knaben von 6 Jahren. Immerhin aber gibt er zu, daß die Resultate der operativen Behandlung noch recht unsichere sind.

Der seltene Fall eines operativ geheilten Meckel'schen Divertikels bei einem 5jährigen Knaben bildet den Inhalt des 4. Kapitels. — Die Einklemmung einer Hernie im frühesten Kindesalter ist äußerst selten. Man beobachtete sie jedoch schon bei Kindern von 2, 8 und 14 Tagen. Der 1. und 11. Lebensmonat liefert die meisten Fälle von Inkarzeration im Säuglingsalter. Zu 98% betrifft sie Knaben. Fast immer handelt es sich um Leisten-, selten um Schenkel-, fast nie um Nabelbrüche. Von seinen sechs Pat. mit eingeklemmten Brüchen betrafen fünf Knaben, einer ein Mädchen. 4mal konnte derselbe reponiert werden, 2mal mußte operativ vorgegangen werden.

Was den Mechanismus der Einklemmung anlangt, so betont F., daß die Wandungen des Bruchkanales nicht glatt, sondern mit schraubenförmigen Windungen versehen sind, ähnlich denen eines Gewehres. Tritt nun durch Gewalt eine Darmschlinge in diesen Kanal hinein, so muß notwendigerweise eine Rotation der Darmschlinge um die eigene Achse erfolgen und dadurch eine Kreuzung des zu- und abführenden Endes entstehen, die die Einklemmung hervorruft. —

Da ein Knabe von 12 Jahren im Anschluß an einen Hufschlag an Perforationsperitonitis dadurch zugrunde ging, daß sich im kleinen Becken an seiner tiefsten Stelle ein Senkungsabszeß bildete, der zur Septhämie führte, so rät F., den die Mikulicz'sche Drainage im Stiche ließ, in ähnlichen Fällen an dieser Stelle, d. i. am rechten Kreuzbeinrande, eine Drainage anzulegen. Dies kann geschehen von außen nach innen oder — während der Laparotomie — von innen nach außen. Im ersteren Falle wird nach Einführung einer Sonde in den Mastdarm am rechten Kreuzbeinrande in der Mitte einer Linie, die Spina iliaca posterior mit Tuberositas ossis ischii verbindet, eingeschnitten, durch den Ansatz des Glutaeus maximus auf das Lig. sacro-tuberosum hin vorgedrungen und der Musculus pyramidalis entweder durchschnitten oder nach aufwärts gezogen. Nun fühlt man die Sonde, eröffnet das Peritoneum und legt einen großen Drain ein. Die Art. pudenda communis (inferior) und glutaea inferior (ischiadica) sowie der Nervus ischiadicus werden

dabei nicht verletzt, da sie tiefer und mehr nach außen liegen. Im zweiten Falle wird bei der Laparotomie der rechte Rand des Kreuzbeines und das Lig. sacrotuberosum aufgesucht und hart am Kreuzbeinrande nach außen vorgedrungen. —

Bei einem Kinde von 3 Jahren trat durch Torsion des gesamten Mesenteriums Ileus und Tod ein, die Laparotomie brachte keine Rettung. — Bei einem Mädchen von 9 Monaten beobachtete Verf. eine Hydronephrosis traumatica, die das Kind durch einen Fall im 7. Lebensmonate erworben hatte. — Ein Sarkom der Prostata bei einem Knaben von 7 Jahren endete 3 Monate nach der Cystostomie tödlich.

Endlich publiziert Verf. vier Fälle von Gelenkblutungen. Er unterscheidet drei Formen dieser Gelenkhämophilie, eine akute, subakute und chronische. Die akute Form befällt meist die Hüfte und verläuft unter dem Bilde einer äußerst akuten Osteomyelitis des Hüftgelenkes. Die subakute Form lokalisiert sich gern im Knie und Ellbogen und gleicht einem akuten Gelenkrheumatismus mit Rezidiven. Die chronische Form endlich ist ausschließlich aufs Knie beschränkt und täuscht leicht einen Tumor albus vor. Die Diagnose ist nicht leicht und kann bei Irrtümern und operativen Eingriffen natürlich verhängnisvoll werden, wie dies bereits mehrfach vorkam. Die Anamnese muß daher eine außerordentlich sorgfältige sein. Die Therapie hat in absoluter Ruhigstellung event. Extension zu bestehen.

Niché (Breslau).

21) **M. Kroner.** Erfahrungen über Friedensschußverletzungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 3.)

Jede frische Schußwunde ist als aseptisch zu betrachten. Demgemäß hat sich die Behandlung vorerst auf die Desinfektion und sterile Bedeckung der Wunde zu beschränken. Sondieren ist verboten. Grobe Schmutzpartikel sind natürlich zu beseitigen. Geschosse, welche keine direkten Beschwerden machen, soll man einheilen lassen.

Was die Verletzung der einzelnen Körperorgane im besonderen anlangt, so stellten unter dem Material aus der Körte'schen Abteilung von im ganzen 150 Schußverletzungen diejenigen des Schädels, welche nicht penetrierend waren, leichte Verwundungen dar. Dagegen waren die penetrierenden Schädelschüsse sehr ernster Natur, endeten doch 17 von 28 tödlich. Von Bedeutung bei diesen Traumen sind vor allem die Verletzungen der Arteria meningea media. Häufig ist Erblindung eines oder beider Augen. Operatives Vorgehen ist nur angezeigt, wenn Symptome einer fortdauernden Blutung auftreten. Bei Herz- und Lungenschüssen ist die Therapie eine abwartende, abgesehen einerseits von Blutungen in den Herzbeutel oder Verletzungen der Art. mammaria interna und intercostalis. Ergüsse in die Pleura erfordern Aspiration, ebenso wie man zweckmäßig große Blutergüsse des Brustfellraumes abläßt, und zwar event. mittels Rippenresektion.

Bezüglich der Bauchschüsse ist Verf. der Ansicht, daß trotz der günstigen exspektativen Behandlung derselben im südafrikanischen Kriege für den Frieden die Laparotomie die zweckmäßige Behandlung ist. Bei der geringen Durchschlagskraft sind die von den Geschossen erzeugten Darmlöcher größer, und durch die mehr oder weniger erhebliche Füllung der Eingeweide ist die Gefahr des Austrittes von Darminhalt in die Bauchhöhle höher anzuschlagen. Für die Prognose der Operation ist die Zeit, welche nach der Verletzung verstrichen ist, von Wichtigkeit.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

22) **W. v. Brunn.** Weitere Untersuchungen über die Vereiterung tuberkulöser Gewebe.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 319.)

v. B. greift zunächst auf eine frühere eigene Arbeit zurück, in der die Bakteriologie vereiterter Halslymphome studiert und eine Mischinfektion durch Tuberkelbazillen zusammen mit Streptokokken in solchen Fällen nachgewiesen wurde (vgl. d. Bl. 1903 p. 964). Im Verlaufe der letzten $1^1/_2$ Jahre von ihm am Materiale der Marburger Klinik angestellte neue Untersuchungen betreffen erstlich wieder

drei Fälle vereiterter tuberkulöser Halslymphome. Auch hier wurden neben der durch Tierinfektion nachgewiesenen Tuberkulose bakteriologisch Streptokokken gefunden, so daß die Streptokokken in solchen Fällen als regelmäßiger Befund ansehbar erscheinen. Man wird annehmen können, daß dieselben aus den Mandeln und den übrigen lymphatischen Apparaten der Mund-Rachenhöhle, wo sie stets schmarotzend zugegen sind, herstammen. Hieran schließen sich nun die einwandsfreien Untersuchungsresultate von sechs Fällen kalter Abszesse, deren Sitz am Körperrumpf und den Extremitäten war. Hier wurden neben der Tuberkulose Streptokokken niemals, dagegen der Regel nach Staphylokokken, einmal auch Proteus gefunden. Dies spricht für die Annahme, daß die Mischinfektion nicht etwa auf dem Blutwege, sondern auf dem Lymphwege von der zunächst gelegenen Oberflächenbedeckung (und den dort gewohnheitsgemäß nistenden Bakterienarten) her erfolgt. Wichtig ist die sehr geringe Virulenz der in den kalten Abszessen vorhandenen Eitererreger. In sämtlichen zur Untersuchung gelangten sechs Fällen wurde Heilung durch die gewöhnlichen therapeutischen Maßregeln (Punktion mit Jodoforminjektion bezw. Inzision usw.) leicht herbeigeführt. — Zum Schluß Literaturverzeichnis von 21 Nummern. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

23) **Randolph.** A case of spontaneous arrest of growth in an endothelioma, with subsequent inflammatory absorption.

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. Januar.)

Bei einer 43jährigen Frau hat sich unter der Haut des linken Vorderarmes an der Rückseite desselben eine verschiebliche Geschwulst entwickelt. Dieselbe ist seit 3 Jahren, ohne Schmerzen zu verursachen, gewachsen, seit 6 Monaten aber stationär geblieben; seit 2 Wochen sind die Symptome einer Entzündung in ihrer Umgebung aufgetreten. Die Geschwulst wurde exstirpiert und mikroskopisch untersucht. Ein Rezidiv ist seit 6 Monaten nicht aufgetreten.

Es handelte sich um ein Endotheliom, ausgegangen vom Endothel der Lymphräume. Die Geschwulstzellen liegen in Maschen, die von einem bindegewebigen Stroma gebildet werden. Das Bindegewebe umgab die ganze Geschwulst. Es befand sich im Zustande der Hyperplasie, enthielt zahlreiche neugebildete Blutgefäße und war mit Rundzellen infiltriert. Die in den Maschen liegenden Geschwulstzellen waren zum großen Teile nekrotisch. Am Rande der nekrotischen Massen nach dem bindegewebigen Stroma zu fanden sich zahlreiche Riesenzellen.

R. faßt den Prozeß folgendermaßen auf: Das im subkutanen Bindegewebe entstandene Endotheliom wuchs bis vor 6 Monaten. Um diese Zeit trat die Nekrose der Geschwulstzellen auf. Dies äußerte sich klinisch im Stillstande des Wachstums. Das nekrotische Gewebe wirkte als Fremdkörper auf seine Umgebung und rief eine produktive Entzündung hervor. Die Riesenzellen deutet R. als Phagocyten.

Läwen (Leipzig).

24) **M. M. Klar.** Simulation oder Hysterie?

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 3.)

Ein eklatanter Fall, der aufs beste beweist, daß auf dem Gebiete der Unfallversicherung den gesetzgebenden Faktoren noch sehr viel zu tun übrig geblieben ist, und wie schwer es ist, konsequenten, hartnäckigen, arbeitsscheuen Simulanten beizukommen und sie so zu entlarven, daß alle Instanzen zu erkennen vermögen, wen sie vor sich haben, und demgemäß urteilen. Es handelt sich um einen Fuhrknecht, der von einem mit Stammholz beladenen Wagen gefallen, und dem ein Rad über die Brust und den rechten Arm hinweggegangen war. 13 ärztliche Gutachten ohne die Entscheidungen des Schiedsgerichtes mußten ausgestellt werden, in denen einerseits fast stets eine Simulation, andererseits eine Verminderung resp. Erhöhung der Rente ausgesprochen wurde, bis Pat. schließlich der Vulpius'schen orthopädisch-chirurgischen Heilanstalt in Heidelberg überwiesen wurde. Die Beschwerden bestanden bei der Aufnahme in Schmerzen zwischen den Schulterblättern, in der ganzen Brust und im Kreuz und in vollständiger Lähmung und Gebrauchsunfähigkeit des rechten Armes. Trotzdem in dieser Anstalt Pat. durch eine äußerst

rationelle Untersuchung der Simulation überführt wurde und mit dem Passus entlassen wurde, daß man es mit einem Simulanten schlimmster Sorte zu tun habe, der keinen rechtlichen Anspruch auf eine Rente habe, wurde ihm 4 Monate später auf die nichtssagenden Aussagen eines Agenten, eines Metzgermeisters, eines Maurers hin eine endgültige Rente von 60% zugesprochen.

Hartmann (Kassel).

25) **Rottenstein.** Ein schwerer Fall von Tetanus.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 3.)

Der Tetanus kam bei dem 13jährigen Mädchen nach leichten Verletzungen an den Händen (bei Gartenarbeit) und nach einer Inkubationsdauer von ca. 10 Tagen zum Ausbruch. Antitoxin (100 A.-E.) wurde nur einmal subkutan injiziert, hatte aber in dieser einen Dosis keinen Einfluß; die Erscheinungen gingen durch sehr hohe Dosen von Narkoticis (bis 10 g Chloralhydrat und bis 0,04 Morphin pro Tag), die intoxikatorisch wirkten, ganz allmählich zurück. Heilung.

Kramer (Glogau).

26) **S. D. Hopkins.** Intracerebral injections of antitetanic serum in traumatic tetanus.

(Med. news 1904. Dezember 10.)

Verf. berichtet über drei Fälle von intrazerebralen Tetanusantitoxininjektionen, von welchen ein Fall tödlich verlief, während die beiden anderen ohne jede zerebrale Störung genasen. Die Mortalität bei der gewöhnlichen Behandlung berechnet Verf. auf ca. 90%. Von 147 Fällen zerebraler Injektion betrug die Sterblichkeit 61%.

Hofmann (Freiburg i. B.).

27) **C. Poenaru Caplescu** (Bukarest). Das Stovain in der Chirurgie.

(Spitalul 1904. Nr. 21 u. 22.)

Verf. gibt kurz die Krankengeschichten von 22 Fällen der Klinik von T. Jonnescu, an welchen er verschiedene operative Eingriffe unter lokaler Stovainanästhesie schmerzlos ausgeführt hatte. Das Präparat hat auch antiseptische Eigenschaften und ist viel weniger giftig als das Kokain. Man benutzt zu subkutanen Einspritzungen 1%ige Lösungen in sterilisiertem Wasser, und wurden bei den betreffenden Fällen 2—7 ccm in Anwendung gebracht. Unangenehme Zufälle wurden nur in einem Falle beobachtet, wo der Pat. nach der Operation während des Verbandes ohnmächtig wurde und leichte tonische Kontraktionen wie im Anfange eines epileptischen Anfalles darbot, was eher auf die Erregbarkeit des Kranken, als auf eine Einwirkung des Mittels zurückgeführt werden muß.

E. Toff (Braila).

28) **N. Bardescu** (Bukarest). Das Stovain in der lokalen und spinalen Anästhesie.

(Spitalul 1904. Nr. 23.)

Verf. hat 12 Fälle mit lokaler und einen (Amputation des Beines) mit spinaler Stovainisierung operiert und dabei festgestellt, daß das Stovain ein sehr gutes Anästhetikum ist und das Kokain mit Vorteil ersetzt, da es keine unangenehmen Nebenerscheinungen bewirkt und viel weniger giftig ist. Für die lokalen Einspritzungen benutzte B. eine 1%ige Stovain-Chlornatriumlösung, welcher er noch 2:100 titrierte Adrenalinlösung hinzufügt, um die Blutungen auf ein Minimum zu beschränken. Die Einspritzungen in den Rückenmarkskanal macht man am besten mit Lösungen, die man sich selbst mit Liquor cerebrospinalis herstellt, zu welchem Behufe man eine konzentrierte sterilisierte Stovainlösung mit der entsprechenden Menge frisch entnommener Rückenmarksflüssigkeit mischt.

E. Toff (Braila).

29) **Keen.** A case of total laryngectomy (unsuccessful) and a case of abdominal hysterectomy (successful), in both of which massage of the heart for chloroform collapse was employed, with notes of 25 other cases of cardiac massage.

(Therapeutic gaz. 1904. April 15.)

Verf. berichtet zunächst über einen Chloroformtod am Schluß einer totalen Kehlkopfexstirpation bei einem fettleibigen, sehr schwer zu narkotisierenden Mann. Als die üblichen Mittel nichts halfen, eröffnete K. die Bauchhöhle und massierte das Herz durch das uneröffnete Zwerchfell hindurch. Pat. starb.

Der zweite Fall wurde dem Verf. durch Dr. Igelsind in Tromsö zur Publikation überwiesen. Kurz vor Beendigung einer abdominalen Uterusexstirpation kollabierte die 43 Jahre alte Pat. Da I. auf andere Weise nicht zum Ziele kam, resezierte er Stücke der 4. und 5. Rippe und brachte durch direkte Massage des Herzens nach Eröffnung des Perikards das Herz wieder zum Schlagen. Die Pat. erholte sich und wurde 5 Wochen später geheilt entlassen.

Im Anschluß hieran zählt K. die physiologischen Experimente auf, die bisher zur Aufklärung dieser Dinge angestellt worden sind. Ferner führt er einige Methoden der Eröffnung des Brustkorbes zum Zwecke der Freilegung des Herzens an und gibt eine ausführliche Zusammenstellung der bisher publizierten, mit Herzmassage behandelten Fälle. Hierbei sind auch die deutschen Fälle mitgezählt. Mit Zurechnung eines am Schluß als übersehen verzeichneten Falles von Cohen handelt es sich im ganzen um 28 Personen, von denen 4 am Leben erhalten werden konnten. **W. v. Brunn** (Rostock).

30) **Vincent.** Recherches bactériologiques sur la balanite vulgaire.

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. p. 497.)

Verf. fand in 25 unter 31 Fällen von Balanitis einen anaerob wachsenden Bazillus neben den bereits von Berdal und Bataille beschriebenen Spirillen. Viel seltener kommen Staphylokokken, Streptokokken und andere Bakterien vor. Der anaerobe Bazillus ist 2—3 μ lang, sehr fein, unbeweglich, an den Enden abgerundet, tritt manchmal als Diplo- oder Streptobazillus auf. Er wächst auch in Bouillon, trübt diese und verbreitet einen üblen Geruch. Er färbt sich mit stärkeren Lösungen (Thionin Ziehl) gut, aber nicht nach Gram; bei 55—58° stirbt er ab. Auf Mäuse ist er überimpfbar und tötet sie in 1—2 Tagen bei intraperitonealer Injektion.

Einmal fand Verf. denselben Bazillus bei einem Falle von Puerperalsepsis in dem stark stinkenden Fluor. **Klingmüller** (Breslau).

31) **Ravant** et **Darré.** Les réactions nerveuses au cours des herpès génitaux.

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. p. 481.)

Verff. haben bei 26 Fällen von Herpes genitalis die Lumbalpunktion gemacht und bei der Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit folgendes gefunden. In einem Falle von ausgesprochenem neuralgischen Herpes zeigten sich spärliche polynukleäre Leukocyten, sonst nur Lymphocyten. Der Lymphocytengehalt war in 5 Fällen sehr erheblich, in 10 Fällen mäßig, in 6 Fällen gering, in 5 Fällen normal; und zwar war er parallel der Intensität der neuralgischen Erscheinungen. Daraus schließen Verff., daß das Nervensystem in der Pathogenese dieser Affektion eine sehr wichtige Rolle spielt. Mikroorganismen konnten weder bakteriologisch noch mikroskopisch nachgewiesen werden. Der Eiweißgehalt war sehr gering. Inokulationen von den Herpesbläschen und mit dem Liquor cerebrospinalis ergaben kein positives Resultat. Die Punktionen verliefen bei den Kranken ohne weitere Störung. Der Lymphocytengehalt kann ziemlich schnell verschwinden, wie Verff. an zwei Fällen konstatierten. **Klingmüller** (Breslau).



32) **Reichel.** Beitrag zur Harnröhrenplastik.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 422.)

Wir verweisen bezüglich dieser Mitteilung, über deren Gegenstand der Autor auf der vorjährigen Naturforscherversammlung Vortrag gehalten hat, auf den im vorigen Jahrgang unseres Blattes p. 1367 erschienenen Selbstbericht desselben. In bezug auf die Technik der in zwei Fällen von nach Exzision von Strikturen hinterbliebenen großen perinealen Harnröhrendefekten vorgenommenen Plastik ist noch folgendes hinzuzufügen. Die Granulationswunde am Damme wurde abgeschabt, die Harnröhrenstümpfe durch Abkappung angefrischt, der Hodensack median gespalten und nun der vom inneren Präputialblatte zurecht gemachte Hautdecklappen bei nach unten zurückgeschlagenem Penis auf dem Defekte vernäht. Die Präparierung des Vorhautlappens geschah durch zirkuläre Umschneidung der Vorhaut an der Corona glandis und der Übergangsfalte vom äußeren zum inneren Vorhautblatt; ein Sagittalschnitt links vom Frenulum vereinigte diese beiden Zirkelschnitte, wonach ein 6 cm langer, 2 cm breiter Schleimhautlappen, der rechts noch am Frenulum gestielt und ernährt blieb, verfügbar war. Der am Dammdefekt und den beiden Harnröhrenstümpfen angenähte Lappen wurde durch Gazetamponade an seinem neuen Standort angedrückt gehalten, während ein durch den hinteren Harnröhrenstumpf in die Blase geführter Nélaton für den Urinabfluß sorgte. Am 10. Tage konnte der Stiel des unter geringfügiger Partialgangrän angeheilten Lappens getrennt werden. Nachdem durch fortschreitende Epithelwucherung von diesem aus eine breite Schleimhautbrücke zwischen den Harnröhrenden zustande gekommen, wird im Operationsschlußakt diese Schleimhautrinne über einen dicken Katheter zum röhrenförmigen Kanale mittels Nähten ähnlich der Lembert'schen Darmnaht zusammengebracht; darüber wurden die angefrischten Dammweichteile als zweite Etage vereinigt, ebenso die getrennten Skrotalhälften genäht. Endresultat sehr gut, Miktion tadellos, nur daß die letzten Urintropfen durch leichten Druck auf den Damm entleert werden müssen (Muscularismangel an der neuen Harnröhre); freie Sondierbarkeit der Harnröhre für dicke Instrumente, tadellose Erektilität des Penis.

Über das Operationsverfahren in einem Falle von Striktur der vordersten Pars pendula ist dem bereits angezogenen Referate nichts hinzuzufügen.

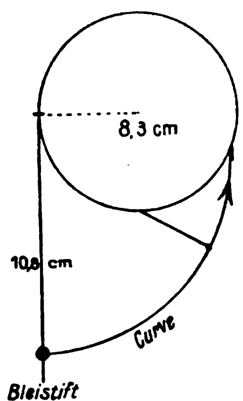
Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

33) **C. L. Squire.** Catheterism in prostatic retention.
(New York med. record 1904. Dezember 31.)

Zur Improvisierung einer brauchbaren Katheter-Mandrinkrümmung für Retention bei Prostatikern braucht S. ein gewöhnliches Wasserglas von 8,3 cm Durchmesser, ein Bandmaß, respektive einen Faden von 10,8 cm, ein Stück Papier und einen Bleistift.

Der Faden wird mit dem einen Ende als »Tangente« an dem auf das Papier umgestürzten Glase festgehalten und darauf mit dem freien, stets straff gespannten Ende, das die Bleistiftspitze trägt, eine Kurve gezogen, bis sich allmählich der Faden ganz um das Glas wickelt.

Es entsteht auf dem Papiere kein Kreis, sondern eine »Involute«, nach der angeblich am besten die Mandrinkrümmung hergestellt wird.



Leewenhardt (Breslau).

34) **Gretsch & Co.** Neues Instrument zur Untersuchung auf Blasensteine.
(Ärztl. Polytechnik 1904. September.)

G. & Co. haben mit der Steinsonde einen Hörschlauch, ähnlich der Posner-schen Steinsonde, aufgesetzt und an derselben ein Membranstethoskop angesetzt,

welches bei Berührung der Steinsonde mit dem Stein einen deutlichen Klang angibt. Sonde und Stethoskop sind leicht zu trennen und zu verbinden und können, jedes für sich, einzeln gebraucht werden. 1 Figur im Original.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

35) **S. Derjushinski.** Ausgedehnte Harn-Blasenresektion wegen Karzinom.

(Berichte der chir. Gesellschaft in Moskau.)

Moskau, 1904.

Seit einem Vierteljahre bestehende häufige Harnverhaltung und schmerzhafter, gesteigerter Harndrang führten die 62jährige Kranke ins Hospital. Im Harn Blut. Da ein Stein nicht nachweisbar war, wurde cystoskopiert und der Verdacht auf Neubildung bestätigt. Sectio alta: Die ganze vordere Wand der Blase und Teile der Seitenwände, in Summa $^2/_3$ des Organes, mußten entfernt werden. Es lag ein »alveoläres Karzinom« vor. Die Blase wurde genäht, ins Cavum Retzii ein Tampon gelegt. Es bildete sich alsbald eine Blasenfistel, die erst nach Monaten heilte.

Als Pat. gerade anfing sich zu erholen, zeigte sich wieder Blut im Harn. Die Untersuchung mit dem Katheteter führte zu abermaliger Öffnung der Blase behufs Entfernung eines inkrustierten Seidenfadens (durchgeschnittene Naht). Von da ab war Pat. beschwerdefrei. Bald jedoch begannen die Tenesmen usw. von neuem, über der Symphyse wurde ein derbes Infiltrat fühlbar. Pat. wurde kachektisch, 8 Monate nach der ersten Operation ging sie an (Sektion) generalisierter Bauchfellkarzinose zugrunde. Ein Geschwulstknoten hatte den linken Harnleiter derart komprimiert, daß es zu Hydronephrose gekommen war.

V. E. Mertens (Breslau).

36) **D. Schwarz.** Ein Fall von Operation einer Vesiko-Vaginalfistel auf transvesikalem Wege.

(Liečnički viestnik 1904. Nr. 7. [Kroatisch.])

Die 21jährige Pat. zeigte eine blind endigende Scheide mit einer ca. 2 mm breiten Öffnung, durch die sich Urin und Menstrualblut entleerte. S. versuchte eine hohe Kolpokleise, um den Urin und das Menstrualblut durch die Harnröhre zu leiten, welche jedoch mißlang. Nach einiger Zeit führte er eine sehr breite Epicystotomie aus mit Anfrischung und Naht der Fistel und darauffolgender Naht der Epicystotomiewunde. Heilung. Kontinenz. In der Literatur konnte Verf. 15 Fälle von dieser Trendelenburg'schen Operation auffinden mit 11 Erfolgen, einem Mißerfolg und einem unbekannten Resultate, wozu sein Fall als 16. kommt.

v. Cačković (Zagreb-Agram).

37) **J. A. Nydegger.** Two cases of chronic nephritis, treated surgically.

(New York med. record 1904. November 5.)

Zwei Fälle von Dekapsulation bei chronischer Nephritis mit einem glücklichen und einem unglücklichen Ausgange führen den Verf. zu dem Schluß, daß sich hier bei rechtzeitigem Eingreifen ein weites Feld für die Chirurgie eröffnet.

Loewenhardt (Breslau).

38) **H. N. Vineberg.** Nephrectomy for tuberculosis of the kidney, with a report of four cases.

(New York med. record 1904. November 12.)

Die Publikation von V. enthält eine Erörterung der in letzter Zeit wieder mehrfach besprochenen Anschauungen, welche für chirurgische Eingriffe bei Nierentuberkulose maßgebend geworden sind und die Zweckmäßigkeit der Nephrektomie begründen.

Dann wird darauf hingewiesen, daß besonders bei Frauen nicht selten hyperämische Stellen und Erosionen an der Harnleitermündung sich finden können, ohne eine andere Bedeutung als die einer lokalisierten katarrhalischen Cystitis zu beanspruchen.

So konnte Verf. eine mehrere Monate nach einer Entbindung auftretende Hämaturie, welche auch nach dem cystoskopischen Bild auf Tuberkulose verdächtig war, mit Applikation von Argentum nitricum heilen.

Auch bei Tuberkulösen ist nicht jede Cystitis eine tuberkulöse, und sollte erst zur Differentialdiagnose der Blasenaffektionen genannte lokale Behandlung eingeleitet werden.

Unter der Kasuistik von vier Nephrektomien befindet sich ein als aufsteigende Tuberkulose angegebener Fall, welchem bei genauer Betrachtung, wie auch Verf. später anerkennt, für diese Richtung des Infektionsganges keine Beweiskraft innewohnt.

Loewenhardt (Breslau).

39) A. Linck. Pyonephrose bei Verdoppelung der rechten Niere.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 51.)

Beobachtung aus dem Danziger Stadtlazarett (Prof. Barth). Die 7jährige Pat. hatte von jeher Anfälle von Unterleibsschmerzen mit Erbrechen und zuletzt eine fieberhaft entzündliche Affektion, die als Perityphlitis diagnostiziert war, gehabt. Bei der Lazarettaufnahme bestand spärliche Entleerung von trübem, eiweißreichem Urin; nach Katheterismus, wobei sich aus der Blase dicke Eitermassen entleerten, wurde die Diurese reichlicher, indes bildete sich eine nach der Scheide und dem Mastdarme zu fluktuierende Schwellung, deren vaginale Inzision Eiter entleerte, aber keinen völlig freien Sekretabfluß herstellte. Die vorhandene intraabdominelle cystenartige Eiterhöhle wurde deshalb auch vom Bauche her angegriffen, wobei sie sich als der hinteren Bauchwand angehörig und retroperitoneal erwies. Auch ihre Einnähung in die Bauchwunde, nach 3 Tagen gefolgt von Inzision, führte nicht zur Heilung, weshalb die Totalexzision des Sackes vorgenommen wurde, und zwar mit Nephrektomie. Danach glatte Heilung. Das in der Arbeit abgebildete interessante Operationspräparat zeigt, daß es sich um eine Doppelniere mit zwei Harnleitern handelt. Die obere Nierenhälfte ist cystisch erweitert, ebenso wie ihr Nierenbecken und namentlich der Harnleiter, der sich in den mehrfacher Inzision unterzogenen Eitersack verwandelt hatte. Auch der untere Nierenabteil nebst seinem Harnleiter ist erweitert, aber weniger hochgradig.

Wahrscheinlich besaßen beide Harnleiter, mindestens aber der obere, unzulängliche Ausmündungen, wodurch Stauungsurinsäcke entstanden. Die als Perityphlitis diagnostizierte Erkrankung wird die purulente Infektion des großen Sackes vermittelt haben, die bislang noch nicht beobachtet zu sein scheint.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

40) W. Bogoljubow. Nierenechinokokkus.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

B. fand unter 2474 Echinokokkuskranken in 4,52% der Fälle als Sitz der Krankheit die Niere, d. h. 112mal. Nur in 9 Fällen war eine sichere Diagnose gestellt worden. B. bringt seinerseits 2 von Rasumowski operierte Fälle:

1) Vor 8 Jahren bemerkte die jetzt 26jährige Pat. rechts unter den Rippen eine kleine halbkugelige Geschwulst, die allmählich wuchs und schmerzhaft wurde. Urin und seine Entleerung waren stets normal.

Pat. wies bei der Untersuchung in der rechten Bauchhälfte eine runde, mannskopfgroße Geschwulst auf, die sehr schmerzhaft war, deutlich fluktuierte und sehr beweglich war. Perkussionsschall gedämpft. Diagnose fraglich.

Die Operation ergab sofort, daß es sich um einen Echinokokkus der Niere handelte, der vom oberen Pol ausgegangen war, und zwar so, daß nur das obere Viertel betroffen, die übrige Niere (3/4) ganz gesund war. Es wurde also der obere Pol reseziert samt dem Echinokokkussacke, von dem nur ein mit dem Kolon verwachsenes Stück belassen wurde. Drainage.



Die Heilung verlief, abgesehen von anfänglichem Fieber und Sekretverhaltung, ohne wesentliche Störungen. 6 Jahre später war Pat. gesund; sie hatte in der Zeit zweimal geboren.

2) Die 23jährige Pat. bemerkte vor 13 Jahren eine Geschwulst in der rechten Seite ihres Leibes. Abgesehen von Übelkeit nach dem Essen hatte sie keine Beschwerden. Es fand sich in der Tat eine mannskopfgroße, fluktuierende Geschwulst, die hinter (Aufblähung) dem Colon ascendens lag. Diagnose: Echinokokkus renis.

Operation: Punktion und breite Eröffnung des Sackes, nach dessen Entleerung bei bimanueller Untersuchung eine zweite Blase entdeckt, von der ersten aus geöffnet und ebenfalls entleert wurde. (Behandlung mit provisorischer Fixierung an der Bauchwand, vgl. Rasumowski, Zentralblatt für Chirurgie 1901). Ausgiebige Drainage. Im Laufe des nächsten Monates wurden bei jedem Verbandwechsel durch Spülung Tochterblasen entleert. Nach $4^1/_2$ Monaten begann Pat. Echinokokkusblasen auszuhusten. Skiaskopisch wurde eine Affektion der rechten Lunge festgestellt. Bei der zweiten Operation stellte sich heraus, daß dieser Lungenechinokokkus von der Leber her in die Lunge eingebrochen war. Als die Fisteln nach langer Zeit sich geschlossen hatten, fühlte Pat. sich durch 2 Jahre wohl. Dann aber bemerkte sie das neuerliche Entstehen einer Geschwulst im Leibe rechts, die vorderhand zu einem Eingriffe keinen Anlaß gab.

V. E. Mertens (Breslau).

41) **Orthmann** (Berlin). Über Embryoma tubae.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LIII. Hft. 1.)

Der durch seine histologischen Untersuchungen bestens bekannte Autor schildert uns diesmal eine rarissima avis. Aus der Literatur vermochte er nur fünf Fälle von Tubendermoiden zusammenzustellen. Auch von diesen fünf hält er nur zwei für einwandsfrei. Dazu kommt seine Geschwulst: eine Mischgeschwulst, welche, an einem dünnen Stiele sitzend, in der rechtsseitigen Sactosalpinx einer 33jährigen Pat. während der Beobachtungszeit von mehreren Jahren entstanden war. Eine mehrere Jahre zurückliegende Inspektion beider Tuben gelegentlich einer Kolpocoeliotomia anterior hatte nichts Verdächtiges entdecken lassen. Nunmehr bei der erneuten Köliotomie fand sich die Sactosalpinx mit Zapfen und typischem Dermoidinhalt: »einem rasch gerinnenden Fettbrei, in welchem blonde Härchen suspendiert waren«. O. polemisiert daher mit Recht gegen die Annahme einer angeborenen, von der Mutter der Trägerin stammenden Geschwulst im Sinn eines Foetus inclusus, gleichaltrig mit der Trägerin. Er hält es für möglich, daß eine befruchtete Polzelle — also ein Abortivei — in den Schleimhautfalten der Tube sich inseriert und das Produkt aller drei Keimblätter erzeugt habe. Die zapfenförmige, 5 cm lange Geschwulst war (abgesehen von dem dünnen Stiele) vollkommen frei beweglich und lag in der Längsrichtung der Tube. An der Unterfläche saß in einem geschlossenen Zahnsäckchen ein wohlentwickelter Eckzahn. Mikroskopisch enthielt der Zapfen die Derivate der Haut, des Gehirnes, der Mundbucht, der Schilddrüse und des Respirationstraktus. Die ganze Bildung gleicht makroskopisch wie im histologischen Bild am meisten einem typischen Ovarialembryom. Aber auch im Ovarium sind gestielte Dermoidzapfen enorm selten. Ein solch gestieltes Embryom wurde im Ovarium nur vom Ref. beschrieben, welchen Fall O. auch vergleichend zitiert. Für die O.'sche Erklärung seiner Geschwulstentstehung spricht, daß die ganze Neubildung sehr an die Verhältnisse gestielter Tubeneier- und Blutmolen erinnert.

Kroemer (Gießen).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 14. Sonnabend, den 8. April. 1905.

XXXIV. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

(Aus dem S. Giovanni-Hospital in Turin.)

Über eine Vereinfachung der Technik der Transplantation nach Thiersch.

Von

Prof. Dr. **L. Isnardi**, I. Chirurg.

Die Transplantation von Epidermislappen hat bekanntlich zuerst Reverdin empfohlen.

Thiersch modifizierte die Reverdin'sche Technik, indem er a. die Lappen der Haut des Pat. selbst entnahm, b. ausgedehntere und dünnere Lappen verwendete, c. die Lappen entweder auf frische oder durch Abschabung von den Granulationen befreite Wundflächen brachte.

Die Thiersch'sche Methode gab unverhoffte Resultate und fand, da sie von allen Chirurgen leicht angewendet werden kann, rasche Verbreitung. Die Lappenbildung verursacht keine übermäßigen Schmerzen, und die dadurch hervorgebrachte Wunde heilt in wenigen Tagen, weshalb der Pat. selbst, ohne Schaden zu leiden, die Lappen liefern kann. Von größerem Belang ist das Abschaben der Granulationen.

Neuerdings schlug Lauenstein (s. d. Zentralblatt 1904 Nr. 35), mit Rücksicht auf die Übelstände, die das Abschaben der Granulationen mit sich bringt, vor, an Stelle des scharfen Löffels einen sterilen Gazetupfer zu nehmen und mit diesem die Granulationsfläche zu reiben.

Ist aber diese Anfrischung der granulierenden Wundfläche wirklich notwendig?

Seit 8 Jahren bringe ich die nach Thiersch gebildeten Lappen auf die intakten Granulationen und erhalte so befriedigende Resultate, daß es mir unmöglich scheint, man könne durch Abschaben der Granulationen bessere erzielen.

Die Fälle, die ich in dieser Weise behandelte, belaufen sich auf etwa 140. Unter anderen erwähne ich eine Bißwunde am Ohr, viele durch Abtragung von Tumoren entstandene Substanzverluste am Gesicht, einen durch Verbrennung hervorgerufenen 3 Hände breit über Hals, Achsel und Thorax sich erstreckenden Defekt bei einem alten Manne, mehrere nach Abtragung von Mammatumoren entstandene Wundflächen am Thorax und ausgedehnte Defekte am Thorax und Bauche, die in Fällen von Resektion des Thorax nach Estlander nach Bildung von Hautlappen zur Bekleidung der retrahierten Lunge entstanden waren, einige von Phlegmonen zurückgelassene Wundflächen am Bauche, andere am Penis in einem Falle von partieller und einem Falle von totaler Gangrän seiner Haut, noch andere an der Leiste nach Drüsenausräumung. In einigen Fällen handelte es sich um weite, durch Riß- und Quetschwunden oder ausgedehnte Phlegmone hervorgerufene Wundflächen am Vorder- oder Oberarm mit Entblößung

von Muskeln, Knochen, Sehnen, und in einem Falle um durch Verbrennung hervorgerufene, über die ganze Rückseite beider Hände und der letzten vier Finger sich erstreckende Wundflächen. In vier Fällen war die Wundfläche durch Syndaktylieoperation entstanden. Am Fuße zog ich stets die Plastik nach der italienischen Methode vor, doch bekleidete ich die von den Lappen zurückgelassenen Wundflächen nach 15—20 Tagen nach der Thiersch'schen Transplantationsmethode. Weitere Fälle betrafen variköse Geschwüre. Ich erwähne den Fall einer 71jährigen Frau, die eine seit 4 Jahren datierende, über $^2/_3$ des Umfanges der unteren Hälfte des Unterschenkels sich erstreckende variköse Wundfläche aufwies; Heilung fand indessen erst 2 Monate nach ausgeführter Plastik statt. In anderen Fällen handelte es sich um Sequesterektomie der Tibia, um Wunden am Kopfe mit Entblößung der Knochen, um durch Karbunkel hervorgerufene Wunden am Nacken und Rücken usw.

In allen diesen Fällen brachte ich die Lappen auf Wundflächen mit intakten Granulationen, ja traf alle Vorsichtsmaßregeln, damit diese in keiner Weise verletzt würden. Die transplantierten Lappen heilen in der großen Mehrzahl der Fälle an und heben sich dann nicht mehr ab. Die erwähnte 71jährige Frau ist nunmehr seit einem Jahre in ihrem Geschäft tätig und bringt, mit einem elastischen Strumpf versehen, einen großen Teil des Tages stehend zu. Bei einem ebenfalls bejahrten Manne, der mit varikösem Geschwür behaftet war, ist die Narbe seit 6 Jahren festgeblieben. Und das variköse Geschwür ist doch der Prüfstein der Thiersch'schen Methode. Andere Pat. sah ich nach 2—4—8 Jahren wieder und konnte mich überzeugen, daß die so erhaltene Narbe fest ist, sich nicht retrahiert hat, sich in Falten erheben läßt und eine partielle Sensibilität erlangt hat, daß sie kurz und gut alle Merkmale der am besten ausgefallenen Transplantationsnarben besitzt.

Zur Erzielung solcher Resultate müssen die zu operierenden Partien äußerst streng aseptisch gehalten werden. Die Granulationen müssen klein, rosafarbig, hart, gesund sein, und dies erreicht man durch häufiges Reinigen der um die Wunde gelegenen Teile, durch häufigen Verbandwechsel, indem man bald einen feuchten, bald einen trocknen Verband anlegt, sowie dadurch, daß man jede Blutung der Wunde beim Verbandwechsel verhütet, bald kauterisiert, bald nach Baynton Streifen von Diachilonpflaster auf die Wunde legt usw.

Bei diesen Vorbereitungen geht nicht mehr Zeit verloren als bei der klassischen Thiersch'schen Methode; denn bekanntlich soll man nach Thiersch ungefähr 6 Wochen warten. Findet starke Eiterung statt, dann kommt es zu verhängnisvollem Abheben der Lappen.

Auf diese intakt gelassene granulierende Fläche bringt man die Lappen, die man hier mit Hilfe kleiner durch die Flamme gezogener Spatel oder mit den Fingern, die man in eben gekochte Gummihüllen steckt, ausbreitet.

Zur Fixation der Lappen breitet man eine weitmaschige Gaze-

lage über dieselben aus, die man an den Wundrändern mit Kollodium fixieren kann. Damit sie aber straff bleibe und die Lappen sicher immobilisiere, fixiert man sie besser in der Weise, daß man ihre Enden auf der entgegengesetzten Seite des Rumpfes oder des Gliedes zusammenbindet oder -näht. Mitunter, wenn Eiterung bestand, ließ ich die Gaze fort und fixierte die Lappen mit ganz feinem sterilisiertem Metallfaden, den ich an der Wundstelle spiralförmig um den Rumpf oder das Glied wand.

Über die so fixierten Lappen legt man einen feuchten Verband an; hierzu nimmt man mit einer warmen 3,5%igen Borsäurelösung angefeuchtete Gaze, Kautschuk und gewöhnliche Watte. Alle 24 Stunden wechselt man den Verband, und wenn Eiterung besteht alle 12 Stunden. Beim Verbandwechsel darf man die die Lappen immobilisierende Gazelage nicht abnehmen. Mit einem Gazetupfer drückt man das Exsudat vorsichtig aus und tupft es ab, und wenn man unter den Lappen Blut- oder Eiterbläschen bemerkt, die sich schwer entleeren lassen, skarifiziert man die Lappen an den betreffenden Stellen mit einer kleinen spitzen Schere und tupft das austretende Exsudat ab. Am 8. Tage nimmt man alles ab, bestreut die bekleidete Wundfläche mit Euphorin, bestreicht sie mit Lanolin und legt, um sie warm zu halten, mit trockener Gaze und reichlicher Watte einen Verband an. Oft bleiben zwischen den Lappen, trotzdem sie dicht nebeneinander gelagert sind, kleine Spalten zurück; setzt man aber die Behandlung mit diesem täglich erneuerten geeigneten Verband fort, so erfolgt in 1—2 Wochen vollständige Vernarbung.

Bei diesem Verfahren erhält man, wie ich schon sagte, konstant ein günstiges Resultat; es sollte auch von anderen versucht werden[1].

Die Erwägungen, die Thiersch und seine Anhänger machten, um zu zeigen, daß es besser sei, die Granulationen abzuschaben, haben meines Wissens keine vergleichenden Versuche zur Stütze und sind deshalb, bei aller Achtung vor den Verdiensten Thiersch's, diskutierbar. Es ist gesagt worden, daß man durch die Transplantationen eine ähnliche Vernarbung zu erzielen sucht, wie sie bei einer Wunde per primam erfolgt. Nunwohl, bei einer gut granulierenden Wunde, sofern es gelingt, die beiden Hautränder genau aneinander zu bringen, findet bekanntlich deren Verwachsung nicht nur statt, wenn die Granulationen abgeschabt worden sind, sondern auch wenn man sie intakt läßt.

Das Abschaben der Granulationen hat unleugbare Nachteile. In einem Falle von Transplantation nach Reverdin sah Thiersch schon nach 18 Stunden neugebildete Gefäße zwischen den intakt gelassenen Granulationen und dem transplantierten Lappen; bei den Trans-

[1] Siehe d. Zentralblatt Bd. XXV. p. 98. Die Methode, Thiersch'sche Lappen auf Granulationsflächen zu pflanzen, ist bisher mannigfach geübt. Seit dem Jahre 1896 ist sie vielfach in der Nebenabteilung der chirurgischen Klinik der Charité (Prof. A. Kohler) mit Glück geübt worden. (Siehe auch a. O. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.) König.

plantationen nach Thiersch dagegen kommt es gewöhnlich erst nach 3 Tagen zu solcher Gefäßneubildung. Diese Verzögerung ist durch die Zeit bedingt, die die Gefäße brauchen, um das Exsudat zu substituieren, das sich nach Abschabung der Granulationen unvermeidlicherweise zwischen dem Wundgrunde und dem Lappen bildet. Außerdem verursacht das Abschaben der Granulationen Schmerz und Blutverlust, was bei einem Kranken nicht ohne Belang ist, und verlängert auch den Operationsakt, da man nach der Abschabung eine gewisse Zeit warten muß, bis vollständige Blutstillung erfolgt ist. Und mag man einen scharfen Löffel anwenden oder, wie Lauenstein vorschlägt, Gazetupfer, die Anfrischung der Granulationen könnte immer die Virulenz der auf der Wundfläche vorhandenen untätigen Mikroorganismen anfachen.

Deshalb glaube ich, daß, wenn die Transplantation nach Thiersch einen so großen Fortschritt der Reverdin'schen Methode gegenüber bezeichnete, dies eher der Art und Weise der Epidermislappenbildung beizumessen ist als der Anfrischung der Granulationen. Wie die Ränder jeder Wunde und selbst die Stümpfe einer subkutanen Fraktur eine, sei es auch nur ganz kurze Strecke weit unvermeidlich dem Tode verfallen, so müssen die Ränder der transplantierten Lappen nekrotisch werden. Sind die Lappen zahlreich, klein und nicht aneinander anschließend (Reverdin'sche Methode), so bleiben infolge dieser Nekrose zahlreiche Spalten zwischen ihnen zurück, und diese unzähligen Spalten gestatten keine Gefäßverbindung zwischen den einzelnen Lappen und richten sie durch ihren Eiter und ihre übermäßigen Granulationen zugrunde, weshalb die Lappen früher oder später sich abheben, wie man dies, als die Reverdin'sche Methode in Gebrauch war, so häufig beobachtete, und welches Abheben auch bei der Thiersch'schen Methode vorkommt, wenn die nicht aneinander anschließenden Lappen Spalten zwischen sich lassen. Bei der Heteroplastik sind diese Nekrosen der Ränder noch ausgedehnter.

Diese waren die Ursachen der Mißerfolge der Reverdin'schen Methode und nicht die intakt gelassenen Granulationen.

Das Intaktlassen der Granulationen ist also gerechtfertigt und empfehlenswert; denn es vereinfacht die Technik der Thiersch'schen Transplantationsmethode.

---

1) **Strehl.** Uber die Nerven der Bauchhöhle, insbesondere den Plexus coeliacus, und ihren event. Einfluß auf die Pulsfrequenz bei Peritonitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 3.)

Verf. stellt in ausgedehnterer und übersichtlicher Weise das zusammen, was wir bis heute über den N. sympathicus wissen und referiert auch über einige noch nicht zur Allgemeingeltung gekommene Anschauungen. Ein weiterer Abschnitt ist der Literatur über die Funktionen des Plexus coeliacus gewidmet, und es sind alle bisherigen

Versuche, besonders betreffs der Ausfallserscheinungen nach Exstirpation desselben, in ihrem Hauptinhalte wiedergegeben. Den dritten Teil bilden die eigenen Versuche des Verf. über die Funktion des Plexus coeliacus. Bei 22 Katzen wurden beide Ganglia coeliaca und das Ganglion mesentericum superius nach einer näher beschriebenen Operationsmethode total entfernt. Die Lebensdauer der Tiere betrug im längsten Fall über 2 Monate. Der konstante Befund während des Lebens war neben oft recht schweren Darmstörungen vor allem eine Abnahme des Kräftezustandes und des Körpergewichtes. Temperatur- und Pulsveränderungen wurden nicht wahrgenommen. Im übrigen konnte S. die Angabe früherer Beobachter nicht bestätigen, sofern sie behaupten, daß konstant Ernährungsstörungen der Magen-Darmschleimhaut dabei vorkämen. Er führt derartige Veränderungen auf die bei der Operation notwendigen Schädigungen in der Gegend der Gekrösgefäße zurück. Die großen Drüsen der Bauchhöhle scheinen ungestört weiter zu funktionieren; allerdings sind Unregelmäßigkeiten der Gallenabsonderung häufig. Die Ausnutzung der Nahrung ist wohl keine vollständige. Aus dem Mangel von Degenerationsstellen im Rückenmarke schließt Verf., daß von den Ganglienzellen des Plexus coeliacus keine zum Zentralnervensystem verlaufenden Fasern entspringen. Er sieht als einzige Folge der Exstirpation des Plexus coeliacus die beschleunigte Entleerung des Dünndarmes, wie die Erweiterung der Blutgefäße an. Die erhöhte Darmtätigkeit ist eine Folge des Ausfalles der die Darmtätigkeit durch Vagus und Sympathicusfasern direkt oder indirekt regulierenden Zentra im Gehirn oder Rückenmarke. Der Umstand, daß man bei der Sektion den ganzen Darmkanal mit Ausnahme des Dickdarmes immer im Kontraktionszustande findet, spricht dafür, daß der Tonus der Darmwandganglien andauernd vermehrt ist. Es fehlen ihnen die normalerweise vorhandenen Hemmungszentren. Der Dickdarm scheint durch die Operation in seiner Funktion wenig gestört zu sein; für ihn kommen wohl auch schon andere Nervenfasern in Betracht.

In einer zweiten Versuchsreihe, welche sich hauptsächlich mit der Nachprüfung der Friedländer'schen[1] Resultate beschäftigt, kam S. zu dem Resultate, daß bei Inkarzerationen und bei Peritonitis, die künstlich bei Katzen und Kaninchen erzeugt ist, die Pulsfrequenz in ähnlicher Weise vermehrt wird, gleichviel, ob die beiden Vagi an der Cardia durchschnitten sind oder nicht, und gleichviel, ob der Plexus coeliacus exstirpiert ist oder nicht. Er hält es überhaupt von vornherein nicht für wahrscheinlich, daß dem Vagus eine Rolle zukommt, wie sie ihm Friedländer zuspricht. Groß sind die Widersprüche über die Art der Nervenfasern des Sympathicus. Buch glaubt, daß alle Teile desselben Träger des Schmerzes sein können. Das stimmt aber nicht mit den Forschungen der bedeutendsten Anatomen überein. Ferner hat Lennander die absolute Unempfindlichkeit der visceralen

[1] S. Zentralblatt für Chirurgie 1904. p. 102.

Serosa beim Menschen festgestellt. Im Gegensatze zu diesen Beobachtungen führt wieder Nothnagel die Darmkoliken auf tonische Kontraktionen des Darmes zurück, bei denen das parietale Bauchfell gar nicht beteiligt ist. Aus Tierexperimenten ist eine Aufklärung über diese Widersprüche nicht zu erwarten. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

2) **Berger.** Les contusions graves de l'abdomen.

(Méd. moderne 1905. Nr. 2.)

B. bespricht die einzelnen bekannten, darum hier von mir nicht aufgezählten Symptome der stumpfen Bauchverletzungen und stellt folgende Operationsindikation: Kehrt nach der Verletzung das Bewußtsein nach kurzer Zeit wieder, wiederholt sich das initiale Erbrechen nicht, und fehlen die sonstigen Symptome der inneren Bauchverletzung, so soll man mit der Operation warten, bei Auftreten eines einzigen Symptoms dagegen sofort eingreifen. Hieraus ergibt sich, daß der Arzt den Verletzten unter ständiger Kontrolle behalten muß.

Coste (Straßburg i. E.).

---

3) **Scudder.** An operation for inguinal hernia.

(Annals of surgery 1905. Nr. 1.)

Im ganzen weicht die von S. vorgeschlagene Methode der Operation des Leistenbruches von der Bassini'schen kaum ab. Nach Eröffnung des Sackes, welche bei Trendelenburg'scher Beckenhochlagerung vorgenommen wird!, um das Zurückschieben des Bruchsackinhaltes zu erleichtern, wird der proximale, peritoneale Teil des Bruchsackes vom distalen, am Samenstrange haftenden durch transversalen Scherenschlag getrennt und der peritoneale durch eine Umsäumungsnaht sorgfältig geschlossen. Beim distalen Teil ist eine Naht meistens nicht nötig, da er obliteriert zu sein pflegt. Der übrige Teil der Operation verläuft mit Verlagerung des Samenstranges nach Bassini. Große Sorgfalt legt S. auf die Stillung der Blutung, er unterbindet zu diesem Zwecke nicht allein das kleinste Gefäß, sondern er legt das Bein der operierten Seite auf eine Schiene, damit die Spica des Verbandes durch Beugen des Beines nicht ihre komprimierende Wirkung verliert. **Herhold** (Altona).

---

4) **E. Tavel.** Technique de l'opération radicale de la hernie ombilicale.

(Revue de la Suisse romande 1904. Nr. 8.)

Nach einleitenden Betrachtungen über Entwicklung und Bau des Nabelringes und über Anatomie der Nabelbrüche werden die bislang bekannten Operationsmethoden einer geschichtlichen und kritischen Behandlung unterzogen.

Die Kocher'sche Methode, an welche sich das gleich zu beschreibende Verfahren T.'s anlehnt, wird besonders hervorgehoben, weil sie den anatomischen Verhältnissen der Nabelpforte am meisten Rechnung trägt.

Nur mit der Forderung der Eröffnung und Exzision des Sackes kann sich T. nicht einverstanden erklären; er läßt diese bei Erwachsenen, wo häufig Verwachsungen vorhanden sind, gelten, nicht aber da, wo letztere nicht bestehen, wie dies ausnahmslos bei Kindern der Fall ist.

Die von T. geübte Technik ist folgende:

1) Leicht bogenförmiger Querschnitt, je nach Lage des Bruches, über oder unter dem Nabel; bei Erwachsenen und Verwachsung der Haut elliptischer Schnitt nach Kocher.

2) Ablösung des Sackes — bei Kindern läßt sich die Exzision des Nabels vermeiden. Ist die Abpräparierung desselben nicht möglich, so wird der Scheitel des Sackes samt der anliegenden Haut reseziert und letztere mit einer Pinzette sofort wieder geschlossen.

3) Hervorziehen des abgelösten Sackes, Umschneidung des Nabelringes unmittelbar an der Basis des ersteren.

4) Torsion des Sackes — in ihm dürfen sich keine angewachsenen Baucheingeweide befinden.

5) Der torquierte Sack wird doppelt unterbunden und an der Basis abgetragen.

6) Naht der Nabelpforte, entsprechend den anatomischen Verhältnissen in querer Richtung.

Nach Kocher wurden 8 Brüche bei Kindern, einer bei Erwachsenen; nach eigener Methode 10 Fälle bei Kindern, 3 bei Erwachsenen operiert. Nie wurde Hautnekrose, niemals ein Rezidiv beobachtet; die Narbe zieht keine ästhetische Verunstaltung nach sich.

Kronacher (München).

---

5) **F. König** (Altona). Gutartige Magenerkrankungen und ihre chirurgische Behandlung.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904. Nr. 1.)

Beim Magengeschwür, dem Verf. den größten Teil dieser Besprechung widmet, können Perforation, Blutung und Schmerzen und als Folgezustand die Stenose das Eingreifen des Chirurgen erfordern. Wir müssen operieren: bei langdauernden schweren Geschwürserscheinungen, wenn trotz interner Kur das Körpergewicht sinkt, die Urinmenge abnimmt, bei motorischer Insuffizienz mit Hyperazidität, bei fehlender Salzsäure erst recht wegen Verdacht auf beginnendes Karzinom, bei oft erneuten Blutungen und Schmerzen, bei offenbaren Stenoseerscheinungen (Pylorusstenose, Sanduhrmagen) mit und ohne Gastrektasie und Gastroptose. Von allen Operationen ist die Gastroenterostomie die wirksamste, weil sie, am tiefsten Punkte des Magens angelegt, den besten Abfluß schafft, die Reizung des Geschwürs durch den stagnierenden Inhalt beseitigt und den Pylorus entlastet. K. spricht sich dabei gegen die Anwendung des Murphyknopfes aus wegen der großen Gefahren, wenn er in den zu Geschwürsbildung neigenden Magen fällt. Bei Gastroptose hat die Gastropexie nach Duret und Rovsing nur Nutzen, wenn keine Magenerweiterung be-

steht; im letzteren Falle ist stets noch eine Gastroenterostomie hinzuzufügen.

Gutzeit (Neidenburg).

6) **Della Vedova.** Über die Möglichkeit, das Magengeschwür durch Läsionen der Magennerven hervorzurufen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 3.)

7) **Donati.** Über die Pathogenese des Ulcus ventriculi.

(Ibid.)

Kurze Polemik beider Autoren im Anschluß an den Aufsatz Donati's im Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXIII Hft. 4, referiert in diesem Blatte 1904 p. 346.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

8) **Sheldon.** The surgical treatment of chronic dyspepsia due to defective drainage and chronic inflammation of the stomach resulting from gastric atony and dilatation.

(Annals of surgery 1905. Nr. 1.)

Ermüdung des Magenmuskels ruft gastrische Atonie, Erweiterung des Magens und chronische Entzündung der Magenschleimhaut bei längerem Bestehen hervor. Die dadurch bedingte chronische Dyspepsie ist gekennzeichnet durch Anämie und Neurasthenie, sowie durch chronische Obstipation. Gelingt es nicht sehr bald, die Erscheinungen auf medikamentösem und diätetischem Wege zu beseitigen, so wird die Gastroenterostomie nötig. Die Fälle von Verengerung des Pylorus sind in dem von S. geschilderten Krankheitsbilde nicht mit einbegriffen. Drei mit Erfolg operierte Fälle werden beschrieben.

Herhold (Altona).

9) **Krogius.** Ein Wort für die radikale operative Behandlung des chronischen Magengeschwürs.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 4.)

K. konstatiert, daß sich die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs von einer direkten Inangriffnahme des Leidens selbst abgewandt und auf die Vornahme palliativer Operationen gerichtet habe, als welche man doch die Gastroenterostomie und die Pyloroplastik anzusehen habe. Indes seien diese Methoden durchaus unzureichend; denn es kommen Fälle vor, die an Blutung und Perforation bald nach dem chirurgischen Eingriffe zugrunde gehen. Verf. selbst erlebte im Verlauf eines Jahres viermal solche Fälle, bei denen nach den heute allgemein anerkannten Indikationen nichts anderes als Anlegung einer Fistel in Frage gekommen wäre. Dazu kommt noch, daß bei einer gewissen Zahl Gastroenterostomierter nach kurzer Zeit wieder die alten Geschwürsbeschwerden auftreten, und daß peptische Geschwüre des Jejunum immer häufiger beobachtet werden. In K.'s Klinik wurden 13 Fälle von Magengeschwür mit Resektion behandelt. Von diesen radikal behandelten Pat. starben zwar an dem Eingriffe selbst einige Prozent mehr als nach palliativen Operationen; aber die Sterblichkeit

im weiteren Verlauf ist nach der Gastroenterostomie und Pyloroplastik infolge der weiter durch die verbleibenden Geschwüre bedingten Komplikationen eine höhere. Verf. glaubt, daß die Gefahr, welche die Zurücklassung eines offenen chronischen Magengeschwürs in sich birgt, in vielen Fällen die etwas erhöhte operative Gefahr der Resektion reichlich aufwiegt. Er wird deswegen in Zukunft dort, wo keine zu großen Schwierigkeiten vorhanden sind, die Exzision des Geschwürs vornehmen. Vor allem gilt das für die nicht stenosierenden offenen Magengeschwüre, während bei abgeheilten stenosierenden Geschwüren das einfachere Verfahren am Platze sein dürfte. Bei profusen Blutungen ist K. der Ansicht, daß es besser ist, einen Eingriff zu wagen, als untätig den tödlichen Ausgang abzuwarten. Ebenso sollte eine überstandene ausgedehnte Blutung in gleicher Weise, wie bei häufigeren kleinen Blutungen, den Gedanken nahe legen, im Intervall radikal das Magengeschwür zur Verhütung weiterer Unannehmlichkeiten zu exstirpieren.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

10) **E. Leser.** Zur Behandlung des Karzinoms des Magens und Darmes.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 6.)

Seitdem die große Widerstandskraft des Bauchfelles erkannt ist, muß die Laparotomie als ungefährliche Operation angesehen werden. An ihren Folgen an sich hat Verf. noch keinen Kranken verloren. Da andererseits die ersten Zeichen sowohl der Magen- wie Darmgeschwülste ganz unbestimmter Art sind, so darf dabei nicht abgewartet, sondern der Chirurg muß frühzeitig zugezogen werden. Die Sterblichkeit der Magenresektion beläuft sich auf 10—15%, die der Darmresektion auf 10%, denen 40% Dauerheilungen gegenüberstehen. Sehr groß ist die Gefahr der postoperativen Pneumonie. Verf. sieht in der von Kocher vorgeschlagenen Einhüllung der vorgelagerten Darmteile in feuchte Gazetücher und in der häufigen Bespülung einen Anlaß zur Abkühlung durch Verdunstung und packt deshalb die Eingeweide nur in trockene warme Gazestücke.

Georg Schmidt (Berlin).

---

11) **De Beule.** Le cercle vicieux et le reflex dans les procédés simplex de la gastroenterostomie (procédé antérieur de Wölfler et postérieur de v. Hacker), avec un moyen facile et pratique de les prévenir.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique 1904. Nr. 8.)

Verf. schildert in obiger Arbeit die vier Möglichkeiten falscher Fortbewegung des Magen-Darminhaltes, nämlich 1) Der Magen gibt seinen Inhalt nach aufwärts, gegen den Pylorus ab. 2) Der Duodenalinhalt nebst Galle und Pankreassaft fließen statt in die abführende Schlinge in den Magen durch die Anastomose. 3) Dieselben fließen durch den Pylorus in den Magen. 4) Die abführenden Darm-

schlingen machen Antiperistaltik und bringen ihren Inhalt in den Magen. Die zahlreichen Verfahren, um diese Übelstände zu beseitigen, werden besprochen. Verf. hat nun den Murphy'schen Knopf so verändert, daß er nach Art unserer Wasserhähne gebogen verläuft mit einer Krümmung von 90°. Das eine Ende wird im Magen, das andere in der abführenden Schlinge befestigt; neben letzterer kann dann die zuführende Schlinge noch in vertikaler Suspension am Magen befestigt werden. So ist Spornbildung nicht zu befürchten, und dem Magen- und Darminhalt ist sein Weg vorgeschrieben. Die Arbeit gewinnt sehr an Wert durch die kritische Besprechung der einschlägischen Literatur. Verf. hat seine Methode an der Leiche studiert. Aber im Anhang zu derselben betitelt »Annexe au travail du docteur Fritz de Beule sur la gastro-entérostomie« werden schon zwei Fälle von Debaisieux mitgeteilt, in denen der neue Knopf sich bewährte bei Operationen am Lebenden; der eine starb an Sepsis, aber ohne Schuld des Knopfes; der andere heilte.

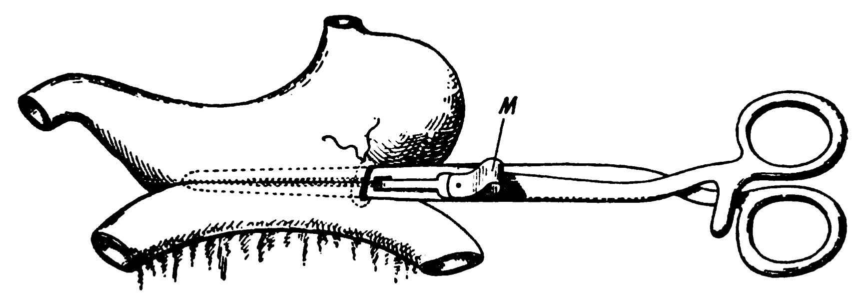
E. Fischer (Straßburg i. E.).

---

12) **A. Gilbert.** A method of gastrointestinal anastomosis.

(New York med. record 1904. Dezember 10.)

Verf. beschreibt eine nach Art eines Péans konstruierte Anastomosenzange. Je eine Branche wird durch eine kleine Öffnung in die zu anastomosierenden Organe eingeführt, das Instrument geschlossen,



entsprechende Nähte angelegt und dann die Zwischenwand durch ein besonders kleines Messer (s. Figur *M*), welches durch einen kleinen Kanal von außen zwischen die Branchen hinein gestoßen werden kann, getrennt.

Loewenhardt (Breslau).

---

13) **Corner** and **Sargent.** Volvulus of the caecum.

(Annals of surgery 1905. Nr. 1.)

Verff. operierten fünf Fälle von Volvulus des Blinddarmes, die sämtlich trotz der Operation mit dem Tode endigten. Aus der Literatur vermochten sie 75 Fälle zusammenzustellen, nach denen die Affektion dreimal so häufig bei Männern als bei Frauen vorzukommen scheint. Es gibt akute, subakute und chronische Formen, die totale Sterblichkeit beträgt 66%, die der Operierten 52,5%. Der verdrehte

Blinddarm kann an allen Stellen des Bauches gelagert sein, meistens liegt er aber im linken Hypochondrium. Es kann der Volvulus bedingt sein durch eine zirkuläre Rotation um einen festen Punkt, zweitens durch eine elliptische Rotation um zwei feste Punkte, endlich durch eine axiale Rotation um die longitutinale Achse. Die Symptome bestehen in Verstopfung, die sich schließlich zum völligen Verschluß steigert. Dieses Symptom kann sich über Tage, Wochen, Monate und Jahre — in letzterem Falle bei angeborener Anlage — hinziehen. Als weitere Krankheitszeichen kommen später hinzu: Leibschmerzen und Erbrechen, starke Auftreibung des Bauches. **Herhold** (Altona).

---

14) **S. v. Blumenfeld** (Dorpat). Der augenblickliche Stand der Untersuchungen über das S romanum.

Inaug.-Diss., Dorpat, 1903.

Anatomischer Teil der 2. Auflage der Anatomie und Klinik des S romanum (cf. Arbeiten der Klinik, I, 1896). Zwischen kurzen und langen Flexuren zu scheiden zwingen die Tatsachen, trotzdem die Häufigkeit beider zahlenmäßig augenblicklich sich noch nicht ausdrücken läßt, und ebenso berechtigt und »normal« wie die kurze und lange ist die enge und weite, nicht selten sackartig weite Flexur, sodann deren Verdoppelung, welch letztere aber mit den labyrinthartigen Schlängelungen des Dickdarmes nichts zu tun hat (Hft. 5 der Arbeiten). Das S romanum erscheint vielmehr als letzte, mit ihren Fußpunkten an die Darmschaufel oder das kleine Becken gebundene Dickdarmflexur, indessen man gut tut, Schlängelungen und Schlingen des Dickdarmes jene zu nennen, welche mit ihren Fußpunkten oberhalb der Crista anhaften. Auch ihrer klinischen Bedeutung wegen werden die so sehr wechselnden topographischen Beziehungen dieses Formenreichtums besprochen. Äußerst selten erscheint allein das S romanum auf die rechte Darmschaufel transponiert, und als durchaus »normale«, auf krankhafte Vorgänge zunächst nicht zurückzubeziehende Vorkommnisse haben auch seine Inflexionen, Überkreuzungen und spiralen Drehungen zu gelten. In einer nicht klein anzuschlagenden Quote bestehen diese Varianten, ohne irgendwelche Störungen hervorzurufen, woraus für die Klinik und Theorie gleich wichtige Gesichtspunkte sich ergeben, welche übrigens selbst im Falle der Durchflechtung des S romanum mit dem Dünndarme gelten. Auch letztere stammt aus der Entwicklungsperiode; der Versuch, sie als späte Erwerbung mechanisch abzuleiten, (Langenbeck's Archiv 1903 Bd. LXIX) wird zurückgewiesen. Mit dem Querschnitte wechselt die Wanddicke der gesunden Flexur, und dasselbe gilt von der Oberflächenkontur, gelegentlich dessen die seitenständigen Divertikel des Dickdarmes, den Büchern entgegen ebenfalls angeborene Dinge, besprochen werden. Endlich ist durchaus notwendig, angeborene, durch keinerlei Infektion bedingte Narben, Bänder und seitenständige Verwachsungen des S romanum von den gleichen Produkten zu unterscheiden, welche während des späteren Lebens auf

Grund der Infektion sich ausbilden. Bezeichnend für die Frage, wie das S romanum bewertet werden muß, ist die Tatsache seines Fehlens und seines Ersatzes durch ein Colorectum medianum oder die bisweilen riesengroße Kloake. Allein diese beiden Vorkommnisse beweisen daß auch für das Ende des Dickdarmes, genau wie für dessen Anfang und den Darm überhaupt, tierische Vorbilder in Frage kommen, und daß das Ende des menschlichen Dickdarmes nicht jedesmal im Bilde jener der Anthropoiden sich entwickelt. Vielmals ahmt der Mensch auch andere Mammalien, selbst Prämammalien nach, was, außer der Kloake und dem Kolorektum ebensowohl die lange, wie die kurze, die enge, wie die weite, die nicht gedrehte wie die spirale Flexur erhärten. Es ist nicht schön, solche Differenzen auf Kotstauung, Blähung u. a. zu beziehen, und hat man bei Tieren ein spirales S romanum nicht gefunden, so beweist das nur, daß man nach ihm nicht suchte. Es existiert ebenso sicher, wie am Tiere spirale Drehungen des Caecascendens der Prosimirrschlinge, der Flexura lienalis und des Dünndarmgekröses wohlbeglaubigte Erscheinungen sind. Verf. verwahrt sich dagegen, als verwirre er das einheitliche Bild, welches die Bücher über das S romanum entworfen, durch Einbeziehung krankhafter Zustände; er berücksichtigt nur »normale« Verhältnisse, glaubt also fordern zu dürfen, daß die anatomische Darstellung des S romanum von weiteren Gesichtspunkten als bisher ausgehe.

Zum Vergleich: Samson v. Himmelstiern, Inaug.-Diss., Dorpat, 1903; Shober, Americ. journ. of the med. sciences 1898; Duhamel (Madelung), Inaug.-Diss., Straßburg, 1899; Baer, Zentralblatt für die Grenzgeb. der Medizin u. Chirurgie Bd. VI Nr. 15 1903.

(Selbstbericht.)

---

15) **B. Bilfinger.** Über plastische Operationen bei Schlußunfähigkeit des Musculus sphincter ani. Nebst Mitteilung eines nach neuer Methode geheilten Falles.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

Die neue Methode, die bei einer 48jährigen wegen Mastdarmvorfall schon öfters operierten und an Inkontinenz leidenden Dame angewendet wurde, bestand darin, daß Helferich von einem halbmondförmigen Schnitt an der hinteren Seite des Afters aus den Sphincter ani freilegte und in der hinteren Medianlinie durchtrennte. Dann wurde das eine von diesen so entstandenen Muskelstücken an der Schleimhautseite, das andere an der Hautseite etwas freipräpariert, so daß sie übereinandergeschlagen werden konnten. In dieser Lage wurden sie durch Nähte befestigt. Das umgebende Gewebe und die Haut wurden in der Medianlinie durch Nähte geschlossen. Durch diese Operation wurde der Umfang des Sphinkter um etwa ein Viertel verkleinert, die Muskelsubstanz geschont, und schließlich wurde eine stärkere Unterstützung für den untersten horizontalen Mastdarmteil geschaffen, also den Teil der Darmwand, auf dem auch in gewöhn-

lichen Verhältnissen beim Stehen die Kotsäule ruht. In einem zweiten Falle von Inkontinenz infolge Mastdarmfisteloperation, einen 42jährigen Arbeiter betreffend, bei dem bei der gleichen Operation zu einer Plastik ausreichende Reste des Sphinkter nicht mehr gefunden wurden, wurde lediglich durch die Vernähung in der Längsrichtung eine Besserung in dem Zustande erreicht, insofern jetzt der Kranke mit einer von der Steißbeinspitze her die Afteröffnung verschließenden Gummipelotte festen Stuhl halten konnte.

Schon durch die Möglichkeit, von hinten her eine festere Unterstützung zu schaffen auch ohne Beteiligung der Muskulatur, übertrifft diese neue Helferich'sche Methode die von Kehrer, die ja auch durch Verdoppelung der Muskulatur in der hinteren Medianlinie eine bessere Funktion erstrebte.

In Fall I wurde vor und nach der Operation noch Massage nach Thure-Brandt angewendet. Der Erfolg war ein vollkommener.

E. Moser (Zittau).

---

16) **Rammstedt.** Über Leberzerreißungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 4.)

R. bespricht den Symptomenkomplex der Leberzerreißungen, die Schwierigkeit der Diagnosestellung und die Bestimmung des Zeitpunktes der Operation. Die letztere ist indiziert, wenn das schwere Krankheitsbild sich nicht rasch ändert und dadurch darauf hinweist, daß nicht bloßer Chok, sondern eine Blutung oder Darmruptur vorhanden ist. Verf. hat selbst zwei Fälle von Leberruptur beobachtet, die genauer geschildert sind. Beide haben tödlich geendet. Was die Methode der Blutstillung anbelangt, so kann man bei gut erreichbarer Rißstelle und bei nicht zu gewaltiger Blutung die Naht anwenden. Bei umfangreichen Wunden kommt man leichter mit der Tamponade zum Ziel; ebenso in Fällen von schwer zugänglichem Leberriß. Die Prognose der Leberverletzungen ist auch heute noch eine sehr ernste.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

17) **T. W. Harvey.** Infections of the gall-bladder.

(New York med. record 1905. Januar 14.)

Beim Kulturmenschen ist wegen der häufigen Mahlzeiten die Gallenblase als Reservoir für die überschüssige Galle überflüssig. Sie kann daher in geeigneten Fällen möglichst frühzeitig entfernt werden.

Loewenhardt (Breslau).

---

18) **H. F. Brownlee.** A question in gall-bladder surgery. Cholecystotomie or Cholecystectomy?

(New York med. record 1904. Dezember 10.)

Auf Grund klinischer Beobachtungen hält B. die Gallenblase doch für einen sehr wichtigen Druckregulator für die Leberfunktionen, hält es auch für wahrscheinlich, daß die Steinrezidive in der Gallenblase nicht häufiger sind als solche im Ductus communis, nachdem die Blase

entfernt ist. Verf. glaubt, daß auch die Infektion der Leber mit der Entfernung des Organes erleichtert werde. So sei die Cholecystektomie doch schließlich eine Lebensverkürzung für den Pat.

Loewenhardt (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

19) W. J. Mayo. The association of surgical lesions in the upper abdomen.

(New York med. record 1904. Juni 11.)

Wiedergabe eines einleitenden Vortrages, welcher auf der 55. Jahresversammlung der amerikanischen medizinischen Gesellschaft gehalten wurde und allgemeine Gesichtspunkte über den heutigen Stand der Chirurgie des oberen Bauches enthält.

Das außerordentlich große operative Material, welches, wie Verf. nur beiläufig erwähnt, 811 Gallenblasenoperationen, 45 Duodenalgeschwüre, 469 Eingriffe am Magen, 32 desgleichen am Pankreas betrifft, verleiht den Worten M.'s einen besonders effektvollen Hintergrund. **Loewenhardt** (Breslau).

20) H. Grisson. Die operative Behandlung des Stauungsascites durch Herstellung eines Kollateralkreislaufes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 358.)

Am 28. November 1899 operierte G. eine Frau mit Lebercirrhose und Ascites nach Talma, welche völlig genas, indes genau 2 Jahre später an akuter Nephritis starb. Der Vergleich der Details der Operationstechnik mit den genauen Sektionsbefunden ist von praktischem Interesse. G. hatte bei der Operation das Parietalperitoneum ausgedehnt von den Bauchmuskeln abgelöst und das Netz in dem Präperitonealraum fixiert, wobei das Colon transversum in der Tiefe der Bauchhöhle verblieb. Eine ausgiebige Bearbeitung des Parietalperitoneum außerdem sollte zu Verklebungen Veranlassung geben. Die gute Ausbildung des Kollateralkreislaufes zeigte sich bei der Pat. durch starke neugebildete subkutane Venen in der Nähe der Bauchnarbe. Bei der Sektion fand sich unter der Haut an der Narbe ein Konvolut ausgedehnter Venen, ähnlich einem Kavernom. Vom unteren Rande des Colon verlaufen zahlreiche Stränge, welche bis gänsefederkieldicke Venen enthalten, in einer Länge von 15—20 cm frei durch die Bauchhöhle nach der Laparotomienarbe ziehend, von dem Fette des Netzes, um dessen Gefäße es sich handelt, ist fast nichts mehr vorhanden. Vom Dünndarm ist nur eine Schlinge mit der Bauchwand verwachsen. Ven. lienalis und azygos stark erweitert. Die cirrhotische Leber breit mit dem Zwerchfelle verwachsen; zahlreiche starke Venen in diesen Verwachsungen.

Um die Bildung der langen venenhaltigen Stränge, die leicht zu Darmeinklemmung führen können, zu vermeiden, rät G., bei diesen Operationen das Querkolon an die Bauchwand zu nähen. Die Behandlung des Parietalperitoneum mit dem scharfen Löffel hat sich in G.'s Fall als ein zur Erzeugung von Verwachsungen unzuverlässiges Mittel erwiesen. In zwei anderen Fällen hatte G. mit der Talmaschen Operation keinen Erfolg. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

21) P. Bonheim. Heilungsresultate bei Peritonitis diffusa im Anschluß an akut in die Bauchhöhle perforiertes Magen- oder Duodenalulcus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 389.)

B. berichtet über die höchst erfreulichen Resultate, welche Wiesinger im allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-St. Georg bei perforierten Magen- oder Duodenalgeschwüren mittels Laparotomien erzielt hat. Das großartige Material, dessen sich die Hamburger Staatskrankenhäuser erfreuen, und das auch bei diesem Bericht erkenntlich wird, lieferte seit dem Jahre 1899 nicht weniger als 16 Fälle



in die Wiesinger'sche Abteilung, wo sie grundsätzlich tunlichst bald, gleichviel in welchem Zeitstadium und ob in gutem oder schlechtem Zustand, ausnahmslos operiert wurden. 7 Kranke starben, 9 (also über 50%) sind geheilt. Unverkennbar wurden mit zunehmender Erfahrung und Technik in späterer Zeit die Resultate besser, und wurde die ganze letzte Serie von 5 Fällen hintereinander durchgebracht! Wiesinger glaubt seine Erfolge wesentlich der systematischen intravenösen Salzwasserzufuhr in kolossalen Mengen während der Nachbehandlung zu verdanken. Die Peritonitis bewirkt durch entzündliche Gefäßerweiterung der Mesenterial- und Peritonealgefäße eine Art innerer Verblutung mit kleinem Puls und unzulänglicher Füllung der Herzhöhlen, so daß das Herz leer und erfolglos pumpen muß. Dieser Mangel wird durch die Zufuhr der Ersatzflüssigkeit in den Kreislauf wirksam beseitigt. Dieselbe wird solange jedesmal inkorporiert, bis sich die Halsvenen deutlich füllen und bis wachende Pat. sich »zum Platzen voll« fühlen, eine Empfindung, deren Eintritt sie sehr genau wahrnehmen. In Fall 9 z. B. hat Pat. in 4 Tagen 17 Liter Salzwasser intravenös erhalten, nachdem schon während der Operation 3000 ccm davon zugeführt waren. In letzter Zeit wurde übrigens der Kochsalzlösung die Ringer'sche Lösung zur Infusion vorgezogen. Auch bei der Operation selbst, für deren Ausführung die allgemein übliche Technik gebraucht wird, wird nach Abtupfung der größeren Fibringerinnsel von den Därmen die Bauchhöhle mit großen Strömen warmer Kochsalzlösung ausgespült, wovon, auch wenn sämtliche Därme ausgepackt waren, ein Nachteil nie gesehen wurde. Das Auffinden des Perforationsloches ist oft sehr schwer und glückt erst, nachdem Verklebungen zwischen Magen und Leber gelöst sind und der Magen stark vorgezogen ist. Die Perforation wurde stets durch sero-seröse Nähte geschlossen — wenn nötig unter Einstülpung des Geschwüres und Herbeiziehung gesunder Serosa aus der Umgebung, sowie Auflegung von Netz. Geschwürsexzision ist nie gemacht. Auf die Nahtstelle wurde ein großer Tampon gelegt, im übrigen die Bauchwunde durch Etagennaht geschlossen.

Unter den Wiesinger'schen 16 Fällen befinden sich 12 Männer und 4 Frauen, 10 kommen auf Magen-, 6 (sämtlich Männer) auf Duodenalgeschwüre. Die Resultate beim Magengeschwüre (8 Heilungen) sind erheblich besser als beim Duodenalgeschwüre (nur 1 Heilung). Die Diagnose der Geschwürsperforation ist wegen der höchst charakteristischen Schmerzerscheinungen in Verbindung mit den für Geschwür sprechenden anamnestischen Angaben leicht, ja fast kaum verfehlbar, und mit der Diagnose ist auch die sofortige Operationsanzeige gegeben. Prognose und Erfolg richten sich wesentlich nach dem Zeitpunkte der Operation — schon nach dem 1. Tage sind die Aussichten meist schlecht; freilich sind von Wiesinger auch 3 Pat., die 26 und 48 Stunden sowie 4 Tage nach der Perforation operiert sind, noch durchgebracht. Genesungen ohne Operation gehören zu den größten Seltenheiten. Auch einen derartigen Fall aber hat Wiesinger beobachtet. Die betreffende 40jährige Pat. hatte die alsbaldige Operation nach Diagnosenstellung auf Geschwürsperforation abgelehnt. 6 Wochen später kam sie wieder zur Behandlung mit einem mächtigen lufthaltigen, von Därmen abgekapselten, jauchigen Bauchhöhlenabszeß, dessen Inzision zur Heilung führte.

Der lehrreichste Teil der Arbeit sind die Krankengeschichten, deren Lesbarkeit Dank ihrer möglichst knappen Haltung eine recht angenehme ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

22) **Musser** and **Keen.** Perforating gastric ulcer; posterior gastroenterostomy; Fowler's position.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. März 12.)

Der Fall ist deshalb bemerkenswert, weil die Pat. bereits 70 Jahre alt war und durch die Operation geheilt wurde. Sonst lagen die Verhältnisse besonders günstig: Hyperchlorhydrie; außer etwas Eiweißwasser nichts im Magen; Operation $5^1/_2$ Stunden nach der Perforation. Perforation auf der Vorderfläche des Pylorus. Unter »Fowler's Position« ist die Erhöhung des Bettes am Kopfende verstanden.

W. v. Brunn (Rostock).

23) **D. G. Zesas.** Über die Resultate der chirurgischen Therapie der typhösen Perforationsperitonitis.
(Wiener Klinik 1904. November.)

Als chirurgische Komplikationen des Unterleibstyphus wurden beobachtet: eitrige Gelenkentzündungen, Osteomyelitis und Periostitis, Muskel- und Drüsenabszesse und Perforationsperitonitis. Wennschon die meisten Eingriffe bei der letzteren ungünstig verlaufen, so sind die Aussichten bei der Operation doch noch besser, als jede andere Therapie. Der Sitz der Darmperforation ist am häufigsten 20—50 cm über der Bauhin'schen Klappe. Durch Fortkriechen des septischen Stoffes auf den Lymphwegen durch die Darmwand kann auch eitrige Peritonitis ohne Perforation bei Typhus vorkommen; sie ist jedoch im Verhältnis zur Perforationsperitonitis sehr selten. Verf.s Statistik von 255 Fällen aus der internationalen Literatur umfaßt angeblich nur solche Fälle, bei denen die Diagnose Typhus abdominalis außer Zweifel stand. Es sind zu verzeichnen 95 Heilungen. Betroffen waren 148 Männer und 46 Frauen, bei dem Reste fehlt die Geschlechtsangabe. Das Alter zwischen 10 und 20 Jahren bot die besten Heilungsaussichten. Der Sitz der Perforation bei 76 Fällen war 64mal das Ileum, 2mal das Meckel'sche Divertikel, 6mal der Wurmfortsatz, 4mal der Dickdarm. Die Therapie bestand 142mal in Naht des Geschwüres (53 Heilungen), 20mal in Darmresektion (8 Heilungen); einmal wurde die perforierte Darmschlinge in die Bauchwunde eingenäht. Die Operationen in den ersten 24 Stunden ergaben die besten Resultate. In allen Fällen wurde die Bauchhöhle drainiert.

Die Statistik beweist, daß die Resultate bei weitem nicht so schlecht sind, als man im allgemeinen zu glauben geneigt ist. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

24) **Ochsner.** A review of the histories of 1000 consecutive cases of appendicitis operated on at the Augustana hospital during the 33 months from July 1, 1901, to April 1, 1904.
(Tri-state society [Alabama, Georgia and Tenessee] Chattanooga 1904. Oktober 14.)

1000 Operationen wegen Appendicitis hat O. in weniger als 3 Jahren ausgeführt. Er hat bei der von ihm befolgten Indikationsstellung vorzügliche Erfolge erzielt und seine Erfahrungen in knapper, präziser Form vorgetragen.

Er ist im modernen Sinn ausgesprochener Anhänger der Frühoperation. Er legt den größten Wert darauf, daß in Fällen von akuter Appendicitis nicht das geringste durch den Mund verabreicht wird und keine großen Einläufe gegeben werden, um jede Anregung der Peristaltik zu vermeiden. Fälle von chronischer, rekurrierender Appendicitis und solche akute Fälle, die nicht früh genug in Behandlung treten, werden im Intervall operiert. Dabei bindet O. sich nicht an eine gewisse Zahl von Stunden nach Beginn des Anfalles, sondern richtet sich nach dem klinischen Befund. Auf die Zählung der Leukocyten scheint er kein Gewicht zu legen, er erwähnt sie gar nicht.

Sieht er sich bei akuten Fällen, die nicht mehr im Stadium der Frühoperation sich befinden, wegen Abszesses usw. zum Eingriffe gezwungen, so nimmt er den Wurmfortsatz nur dann fort, wenn er es ohne Erhöhung der Gefahr tun kann, und entfernt ihn später im Intervalle. Bei Erbrechen und Meteorismus wendet er regelmäßig Magenspülung an.

Die Resultate sind folgende:

Unter 540 Fällen von chronischer Appendicitis (Intervalloperation) 3 Todesfälle = 0,5%.

255 Fälle von akuter Appendicitis ohne Perforation mit 5 Todesfällen = 1,9%.

55 Fälle von akuter Appendicitis mit Perforation oder Gangrän, ohne Abszeß, ohne Todesfall = 0%.

117 Fälle von akuter Appendicitis mit Perforation und Abszeß, mit 4 Todesfällen = 3,4%.

33 Fälle von akuter Appendicitis mit diffuser Peritonitis, 10 Todesfälle = 30%.

Im ganzen 1000 Fälle mit 22 Todesfällen = 2,2% Gesamtsterblichkeit.

Diese 1000 Fälle bilden eine ununterbrochene Beobachtungsreihe, auch die moribund eingelieferten sind mitgerechnet.

Die Todesfälle werden weiterhin ausführlich operiert. Dabei zeigt sich, daß viele von ihnen entweder an Komplikationen gelitten hatten, welche den Tod mit verursachten, oder bereits vor der Einlieferung in unrichtiger Weise behandelt worden waren. **W. v. Brunn** (Rostock).

25) **Hildebrandt.** Über komplizierende Nephritis bei Perityphlitis.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Angeregt durch eine Arbeit von Dieulafoy, welcher eine Néphrite toxique appendiculaire, eine Albuminurie appendiculaire konstruierte, gibt H. aus der Bäumler'schen Klinik einen Fall von Appendicitis, der mit einer so schweren akuten, hämorrhagischen Nephritis kompliziert war, daß im Anfange das ganze Krankheitsbild davon beherrscht war. Während diese Nephritis im Abklingen begriffen war, bildete sich ein appendicitischer Abszeß; am Tage nach dessen Eröffnung erfolgte eine erhebliche Steigerung der nephritischen Erscheinungen, ebenso später, als der Wurmfortsatz exstirpiert wurde. Eine Frühoperation war durch die Schwere der Nephritis kontraindiziert, und einige Fälle aus der Literatur zeigen, daß bei bestehender Nephritis die Operation tödlich gewesen ist. Die Nephritis stellt demnach eine ernste Komplikation der Appendicitis dar, welche eine spezielle Indikationsstellung verlangt, wenn operative Eingriffe in Frage kommen.

Haeckel (Stettin).

26) **Brehm.** Abnormitäten und Komplikationen der Appendicitis.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1904. Nr. 48.)

B. bespricht an der Hand des Materiales A. v. Bergmann's die Schwierigkeit der Differentialdiagnose der Appendicitis und eine Reihe von Komplikationen derselben. Am meisten interessiert die Mitteilung, daß A. v. Bergmann seinen früheren Standpunkt verlassen hat und ins Lager der Frühoperation übergegangen ist. Er operiert jetzt prinzipiell jeden Kranken, der innerhalb der ersten 48 Stunden eines Anfalles in die Hand des Chirurgen kommt. Nach dem 2. Tage wird nur auf besondere Indikationen hin operiert, da das Operieren in frischen Verklebungen schwierig ist; sonst läßt man den Anfall ruhig abklingen und operiert im Intervall. Unter 206 Fällen fanden sich 8 Frühoperationen, darunter 3 mit Peritonitis; alle genasen. Liegt Peritonititis vor, so ist der Kranke vom 3. Tag ab fast immer verloren, man mag operieren oder nicht. Die Gesamtmortalität aller 206 Appendicitisfälle inkl. der im Intervall operierten betrug 9,2%. **Haeckel** (Stettin).

27) **H. Roth.** Conditions simulating and mistaken for acute appendicitis.

(New York med. record 1904. Oktober 29.)

Die gewöhnliche Symptomenreihe bei akuter Appendicitis: plötzliche Schmerzempfindlichkeit, Übelkeit, Erbrechen, Puls- und Temperatursteigerung usw., kann differentialdiagnostisch auch von den verschiedensten anderen pathologischen Zuständen bei Fällen, welche den »unteren rechten Quadranten« des Abdomens betreffen, herrühren. Dies wird in sehr instruktiver Weise von R. an neun Krankengeschichten illustriert. Operationen waren aber auch hier stets sofort erforderlich. Die Fälle betrafen Cholecystitis, Hydronephrose, Iliocoecalintussusception, entzündliche Prozesse der uterinen Adnexe, eine gangränöse Ovariencyste, properitoneale Abszesse und einmal sogar eine Pneumonie, worüber in der Literatur schon berichtet wurde. Der Bauchschmerz in letzterem Falle ist auf die Reflexwirkung der unteren Interkostalnerven zu beziehen. **Loewenhardt** (Breslau).

28) **L. J. Mitchell.** A series of foreign bodies in the vermiform appendix mit with in 1600 necropsies.

(New York med. record 1904. Dezember.)

M. zählt 18 zufällige Sektionsbefunde von Fremdkörpern im Wurmfortsatz auf, die keine früheren oder akute Entzündungserscheinungen hervorgerufen hatten (Weinbeerenkerne, metallische Gegenstände, Schrotkugeln, Hülsen, Nägel, Knochenstücke usw.).

Die Verwechslung mit Kotsteinen wird betont und auf die Überschätzung derartiger Befunde für etwaige Appendicitis hingewiesen.

Loewenhardt (Breslau).

29) **Wörner.** Bruchband ohne Feder.

(Ärztliche Polytechnik 1904. Oktober.)

Obige Bandage besteht aus einem nach dem Körper gebogenen Stahlbügel, an dessen Enden Winkelstücke angesetzt sind. An letztere wird der um den Körper herumgehende Ledergürtel angehängt. Pelotten von Zelluloid sind in dem Stahlbügel verschiebbar eingelassen. Wenngleich dieses Band somit keine Feder nach Art der Camper'schen Bruchbänder enthält, so wird durch den Zug des Ledergürtels an den Winkelstücken ein hebelnder Druck auf den Stahlbügel und die Pelotte ausgeübt, so daß der Bruch zurückgehalten wird. Drei Abbildungen im Originale. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

30) **A. Martina.** Ein Beitrag zur Entstehung der periherniösen Phlegmone.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 281.)

Bei der von Nicoladoni als typisch proklamierten »periherniösen Phlegmone« soll es sich um einen Entzündungsprozeß handeln, welcher im subserösen Gewebe des Bruchsackes entsteht und nach außen, nach der Haut zu, fortschreitet, den Bruchsack aber unversehrt läßt. Der kasuistische Beitrag, den M. zu der Affektion liefert, betrifft einen an sich interessanten Fall, der aber diese typischen Eigentümlicheiten vermissen läßt. Es handelt sich um eine 52jährige Frau mit übermannskopfgroßem linksseitigen Leistenbruche, der wegen eintretender Schmerzen von einem Arzte mit Taxisversuchen unter Ätherspray erfolglos bearbeitet war. 4 Tage später, während derer der Darm durchgängig geblieben war, der Bruch aber sich entzündlich zu röten begonnen hatte, Spitalsaufnahme, und am nächsten Tage Inzision eines erheblichen Abszesses zwischen Bruchsack und Unterhautzellgewebe. Da in der Nacht Singultus, Brechen sowie vermehrte Leibschmerzen auftraten, mußte schleunigst der Bruch geöffnet werden. Er enthielt außer freien und gesunden Dünndarmschlingen den Blinddarm nebst unterstem Dünndarme, die mit dem Bruchsacke fest verwachsen, dunkelblau verfärbt und mehrfach brandig durchbrochen waren. Eine sehr ausgedehnte Darmresektion führte zur Heilung. M. interpretiert den Krankheitsverlauf durch die Annahme, daß die periherniöse Zellgewebsinfektion durch die ärztlichen Taxisversuche unter Ätherspray geschehen sei. Die wohl zu späte Ausführung der Abszeßinzision verschuldete ein Hereinkriechen des septischen Prozesses durch die Bruchsackwand in die mit letzterer verklebten Darmwände hinein. M. erklärt also die vorgefundenen Darmgeschwüre als von außen nach innen entstanden, als sekundäre, und hält die Möglichkeit, daß der Gewebszerfall primär am Darm entstanden sei, für ausgeschlossen. Dem Ref. erscheinen die Verhältnisse des in der früher Nicoladoni'schen Klinik zu Graz von Payr operierten Falles zu kompliziert, als daß diese Ansicht für stichhaltig beweisbar angesehen werden könnte. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

31) **Bainbridge.** Multiple herniae.

(Post-graduate 1905. Nr. 2.)

Sechs Brüche an ein und derselben Person, in einer Sitzung durch Operation erfolgreich beseitigt. Außer einer orangengroßen Hernia femoralis dextra bestand

eine Parumbilikalhernie von über Hühnereigröße, eine kleinere epigastrische, sowie drei unterhalb des Nabels gelegene Brüche in der Mittellinie. In der gleichen Narkose wurde ferner eine Ausschabung, die Ventrofixation des retroflektierten Uterus und die Entfernung des Wurmfortsatzes wegen chronischer Appendicitis vorgenommen.

Die Operation fand am 26. Mai 1904 statt, die Pat. wurde am am 16. Dezember als völlig geheilt vorgestellt. **W. v. Brunn** (Rostock).

32) **P. Daiches.** Endresultate der Radikaloperation von Hernien, speziell der Inguinalhernien.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 82.)

Eine neue statistische Mitteilung aus Kocher's Klinik, umfassend 204 freie Bruchoperationen aus der Zeit von September 1898 bis Januar 1900. Darunter finden sich 124 Pat. mit 139 äußeren Leistenhernien (der jüngste 17 Wochen, der älteste 72 Jahre alt). Kocher's Invaginationsverlagerung kam 96-, die alte Verlagerungsmethode ohne Kanalschnitt 53-, Operation mit Kanalschnitt 35-, Bauchhernienoperation 20mal zur Ausführung. Die Technik bestand in Dampfasepsis, Bromäthylnarkose, Sublimatseide, Handschuhen. Einfacher Kollodialverband, kein Drain. Fäden am 3. Tage entfernt, Spitalaufenthaltsdauer durchschnittlich nur 7 Tage!

Es kamen zwei Todesfälle vor (Peritonitis bezw. Lungenembolie), Mortalität mithin 0,98%. Sonst war der Wundverlauf stets störungsfrei. Die Endresultate sind durch briefliche Erkundigungen tunlichst festgestellt, und zwar bei 75 Leisten- und 15 Schenkelbrüchen, die mittels Invaginationsverlagerung operiert sind. Auf beide Bruchgruppen entfallen je 2 Rezidivfälle. Von 35 Fällen, die nach der alten Methode mit hoher Abtragung des Sackes und Kanalnaht operiert wurden, bekamen 5 (= 14,2%) Rezidive, von 35 nach Bassini Operierten 2 (= 5,7%). 18 Fälle der lateralen Verlagerungsmethode zeigten 2mal einen Rückfall. Indem D. die den gleichen Gegenstand behandelnden, schon früher aus der Kocher'schen Klinik publizierten Statistiken seiner eigenen hinzufügt, zählt er bei den Leistenbrüchen im ganzen 508 Fälle, die, mit lateraler Verlagerung operiert, 95,5% Dauerheilungen ergeben haben, und 173 Fälle, die, mit Invaginationsverlagerung behandelt, 97,7% Dauerheilungen hatten. Dieses Resultat wird von keinem Konkurrenzverfahren erreicht. Die 20 von D. zusammengestellten Bauchbrüche waren sämtlich rezidivfrei geblieben.

Der Arbeit sind die kurzen Auszüge der benutzten Krankengeschichten angefügt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

33) **E. Slajmer.** Zur Frage der Prognose und Anästhesie bei der Radikaloperation des freien Leistenbruches.

(Liečnički viestnik 1905. Nr. 2. [Kroatisch.])

Vom 1. Mai 1891 bis 1. September 1904 wurden 1252 freie Leistenbrüche (605 rechtsseitige, 385 linksseitige und 131 beidseitige) bei 1121 Pat. (1064 männlich, 57 weiblich) operiert. Nach dem Alter waren bis zu 1 Jahre 2, von 1—5 Jahren 138, von 5—10 Jahren 55, von 10—20 Jahren 273, von 20—30 Jahren 317, von 30—40 Jahren 176, von 40—50 Jahren 102, von 50—60 Jahren 41, von 60 bis 70 Jahren 13, von 70—80 Jahren 4. Von allen diesen Pat. ist nicht einer gestorben, weder infolge der Operation, noch an im Heilungsverlauf eintretenden Komplikationen. Nur ein 46jähriger Arbeiter, der nach per primam erfolgter Heilung seiner beidseitigen Hernie noch wegen eines Ohrenkatarrhs im Krankenhause verblieb, verstarb 1 Woche nach Heilung der Wunde an Gehirnapoplexie. Das ist auch der einzige Fall, wo man sich bei der Autopsie vom guten Verschluß des Peritonealsackes überzeugen konnte, da nicht eine Spur einer trichterförmigen Ausbuchtung vorhanden war.

Es wurde ausschließlich Wölfler's modifizierte Methode angewandt, wie sie S. in der Publikation der ersten 150 Fälle im Archiv für klinischen Chirurgie



Bd. LVI beschrieben hat. Seit 1898 hat Verf. die Naht des Rectus und seiner Scheide aufgegeben und führt regelmäßig die vollkommene Exstirpation des Bruchsackes aus; nur in den seltenen Fällen starker Verwachsungen läßt er nur kleine Teile zurück, doch die Partie um den Bruchsackhals entfernt er immer. Der Operationsvorgang war in den meisten Fällen folgender: Aufdeckung des äußeren Austrittes des Bruchsackes durch einen möglichst kurzen Hautschnitt, der den Leistenkanal nicht parallel, sondern mehr schräg trifft und der immer oberhalb des Poupart'schen Bandes endigt. Spaltung der Fascie des M. obliquus ext. in der Richtung des Hautschnittes. Präparation des Bruchsackes, Ablösung des Samenstranges, Hervorziehen und Unterbindung des Bruchsackes durch einen hindurchgezogenen Faden in gekreuztem Bunde. Verschluß des Leistenkanales durch Naht des M. obliquus int. an das Poupart'sche Band mit Silkwormnähten. Die Lappen der Fascie des Obliquus ext. werden kulissenartig übereinander gelagert, und zwar so, daß die mediale Lefze an der inneren Seite der lateralen, und zwar etwas oberhalb der Silkwormnähte, und die laterale an der äußeren Seite der medialen mit einigen Seidennähten befestigt wird. Besonders sorgfältig wird die unterste Naht angelegt, welche die untersten Ränder der äußeren Leistenöffnung verschließen soll. Ist das Unterhautzellgewebe stark entwickelt, so wird es in besonderer Schicht vernäht. Hautnaht mit fortlaufender Seiden- oder Silkwormnaht, in einzelnen Fällen Metallklemmen. Einfacher Kollodiumverband. Eine Verletzung des Vas deferens wurde in keinem Falle beobachtet; auch kam man nie mit der Blase in Konflikt.

Von den Komplikationen bei der Operation führt Verf. an: 12 Rezidivoperationen, 23 Hydrokelen (worin die Hydrokelen der Kinder unter 10 Jahren nicht eingerechnet sind), 6mal Kryptorchismus mit Kastration, 8mal Kryptorchismus mit Verlagerung des Hodens in Hodensack oder Bauchhöhle, 3mal Kastration wegen Geschwulst oder Tuberkulose, 33 größere Netzresektionen, 10 Wurmfortzoperationen (1 in einem linksseitigen Bruch), 2mal Tuberkulose des Bruchsackes und Bauchfelles. Postoperative Komplikationen: je 1mal Masern und Scharlach, 13 schwere Pneumonien (außerdem wurden aber regelmäßig, besonders im Herbst und Frühjahr 2—3tägige Fiebersteigerungen mit katarrhalischen und leichten pneumonischen Erscheinungen beobachtet), 1 Lungenembolie, 1 Magenblutung, 1 Darmblutung, 11mal Hämatom, 1mal seröse Ansammlung im Hodensack, die eine Punktion erheischte, 49mal Stichkanaleiterung, Abszeß und Nekrose der Fascie, 1 ausgesprochene Scrotalphlegmone unter den ersten Fällen, 1mal Nachgeben der Naht bei zu früh entfernten Fäden, 1mal Neurom des N. ileoinguinalis, das exstirpiert werden mußte, 1 postoperative Psychose bei einem 18jährigen Jüngling, die nach einigen Tagen verging. Die Pat., bei denen prima intentio eintrat, wurden gewöhnlich am 9. bis 10. Tag entlassen.

Verfasser konstatiert die Tatsache, daß eine große Reihe Radikaloperationen freier Leistenbrüche ohne Todesfall ausgeführt werden kann, und daß diese Operation als relativ ungefährlich den Kranken mit ruhigem Gewissen empfohlen werden kann.

In der Literatur fand S. nur eine ähnlich größere Statistik, die von Galeazzi, welche 1400 radikale Operationen freier Leistenbrüche mit 2 Todesfällen umfaßt. Lucas-Championnière zählt 863 freie Leistenbruchoperationen mit 5 Todesfällen, Pott berechnet aus einer komplizierten Statistik auf 1895 Radikaloperationen 16 Todesfälle.

In Verf.s Fällen wurde 907mal narkotisiert, 13mal lokale Kokainanästhesie und 201mal Medullaranästhesie mit Tropakokain nach Bier-Schwarz angewendet. Letztere Methode wurde 1901 einmal, 1902 schon 51mal, seit 1903 aber mit geringen Ausnahmen ausschließlich angewandt. Vom 31. August 1901 bis 1. September 1904 hat S. die Medullaranästhesie mit Tropakokain 666mal bei verschiedenen Operationen an der unteren Körperhälfte in Anwendung gezogen, ohne irgendwelche Nachteile zu beobachten. Der jüngste Pat. war 12, der älteste 80 Jahre alt. Die postoperativen Reaktionen, wie Schüttelfrost, Kopfschmerz, Kollapserscheinungen, konnten in letzter Zeit entweder ganz vermieden oder wenigstens

auf ein Minimum reduziert werden. Verf. macht den Ausspruch, daß er während der Zeit, wo er in der Chirurgie tätig ist, keine Entdeckung kennt, die ihn mehr befriedigt hätte, und bedauert, daß diese Methode nicht mehr angewendet wird. Von diesen 666 Medularanästhesien hatte Verf. 3 Mißerfolge, 77mal war sie nicht ideal, so daß 34mal mit Inhalationsanästhesie nachgeholfen werden mußte. Diese geringeren Erfolge wurden immer durch kleine technische Fehler bedingt. Bei Hernien verwendet Verf. 0,05—0,07 Tropakokain, und ist letzteres die Normaldosis.

v. Cačković (Agram).

34) **P. Pfaehler.** Zur Kasuistik der Littre'schen Hernie.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 52.)

Die 35jährige Pat. hat im letzten Jahre an Erscheinungen gelitten, die auf eine Perityphlitis hinzuweisen scheinen. Tatsächlich aber hatte es sich um eine eingeklemmte Littre'sche Hernia cruralis dextra gehandelt, die zu Perforation und Infiltration über dem Poupart'schen Bande mit umschriebener Peritonitis geführt hatte. Bei der diesen Befund ergebenden Operation wurde in dem sehr verdickten und derben Bruchsacke, mit dem ein Darmstück verwachsen war, an der Stelle der Verwachsung eine deutlich umsäumte, nur durch die Bruchsackwand geschlossene Darmöffnung gefunden; das zuführende Ileum war stark erweitert, das abführende von normaler Ausdehnung. Heilung durch Einpflanzung des letzteren in das zuführende Stück nach Schluß der Fistel an letzterem mittels Enterotribe, Knotung und tabaksbeutelartiger Sero-Serosanaht. **Kramer** (Glogau).

35) **Lucksch.** Ein neuer Fall von echter, wahrscheinlich erworbener Zwerchfellshernie.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 12.)

Verf. fand bei der Sektion eines 26jährigen Mannes, der tags vorher in der Klinik Wölfler's wegen Ileuserscheinungen laparotomiert ward, im sonst normal gebauten Zwerchfelle links, 1 cm nach außen und vorn vom Centrum tendineum, ein kreisrundes Loch von 2 cm Durchmesser. Durch dieses war die Flexura coli sinistra mitsamt dem großen Netz in die linke Pleurahöhle eingetreten, überzogen von einem am Rande des Loches inserierenden, aus Pleura und Peritoneum gebildeten Brucksack. Der Bruch war wahrscheinlich durch Dehnung einer Narbe, die von einer $2^1/_2$ Jahre zurückliegenden Schußverletzung (Selbstmordversuch) herrührte, entstanden. **Gutzeit** (Neidenburg).

36) **Ruge.** Über primäre Magentuberkulose.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. III. Hft. 3.)

Ein 50 Jahre alter Mann wurde im April 1903 in die medizinische Klinik zu Bonn aufgenommen wegen starker Magenbeschwerden, Schmerzen, Übelkeit, Durchfall. Er litt daran schon so lange er denken konnte. Da eine Geschwulst gefühlt wurde, Laparotomie am 27. April: starke Magendilatation, Stenose dicht vor dem Pylorus. Pyloroplastik beseitigte die Beschwerden, die aber allmählich wiederkehrten. Pat. starb im Juni 1904. Die klinische und auch die pathologisch-anatomische Sektionsdiagnose lautete: Karzinom des Magens mit ausgebreiteten Metastasen in Rippen, Lymphdrüsen, Bauchfell, Brustfell. Die mikroskopische Untersuchung ergab aber, daß alle diese Veränderungen tuberkulöser Natur waren; die Lungen waren frei von Tuberkulose. Alles sprach für den Ausgang vom Magen her; der Aufbau und die histologische Struktur der tuberkulösen Massen, die genau wie Perlsuchtknoten aussahen sprachen für die Annahme einer Infektion mit der Milch eines perlsüchtigen Rindes. **W. v. Brunn** (Rostock).

37) **R. Morison.** Pyloroplasty.

(Lancet 1905. Februar 11.)

Verf. berichtet über 20 Fälle von Pyloroplastik und hält die Operation bei allen leichteren Fällen von präpylorischem Geschwür für besser, als die Gastro-

enterostomie, weil sie einen dem natürlichen ähnlichen Zustand wieder herstellt. Die Erfolge der 20 Fälle sind folgende: Alle Pat. überstanden die Operation, einer kann zurzeit nicht gefunden werden, 2 sind inzwischen verstorben (einer nach 18 Monaten an Pyloruskarzinom, das bei der Operation irrtümlich für ein einfaches Geschwür gehalten worden war; der andere nach $2^1/_3$ Jahren an Phthise, ohne wieder Magenbeschwerden gehabt zu haben). Die Zeitdauer der übrigen 17 Fälle beträgt zwischen 10 und $5^1/_4$ Jahren nach der Operation; 3mal kehrten die Symptome zurück und benötigten eine zweite Operation (2mal wurde erneute Striktur gefunden, das drittemal erwies sich der Pylorus als für drei Finger durchgängig); bei 8 Fällen ist das Resultat ein vollständiges. Bei den restierenden 6 Fällen sind noch zeitweise Beschwerden vorhanden, doch besteht im allgemeinen Gewichtszunahme. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

38) **Moreau.** Deuxième contribution à la gastrectomie.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique 1904. Nr. 8.)

An seine Mitteilung vom 30. April 1904 (Totale Gastrektomie wegen Krebs — Tod an Pneumonia infect.) fügt M. jetzt eine Gastrektomie wegen Ulcus chronic. ventriculi mit starken Blutungen an. Die betreffende Frau war 44 Jahre alt und litt seit 2 Jahren an den üblichen Magenbeschwerden. Sie war sehr nervös von Jugend auf und sehr geschwächt von ihrem jetzigen Leiden. Nachdem die Laparotomie in der Linea alba oberhalb des Nabels gemacht war, zeigte der Magen eine große Anlötung seiner kleinen Kurvatur an die Leber, bei deren Lösung er geöffnet wurde. Die Anlötung zeigte eine große Geschwürsnarbe der kleinen Kurvatur, welche sich auf die vordere und hintere Magenwand fortsetzte. Der Magen war ferner an den Kopf des Pankreas angelötet. Die Lösung gelang ohne wesentliche Blutung. Die Wundfläche der Leber und des Pankreas wurden übernäht. Die Ausschneidung der Geschwürsnarbe setzte eine große Öffnung in den Magen. Der Pylorus zeigte sich verengt, er wurde vorgestülpt und der Pyloroplastik nach Heinecke-Mikulicz unterworfen; es war somit eine Pyloroplastik mit Inzision von innen nach außen. Endlich wurde der Magen und die Bauchwand genäht. Heilung. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

39) **B. G. A. Moynihan.** On duodenal ulcer, with notes on 52 operations.

(Lancet 1905. Februar 11.)

Verf. berichtet in dieser Arbeit ausführlich über seine 52 Operationen wegen Duodenalgeschwür. Dieses Geschwür ist nach Verf. weit häufiger als allgemein angenommen wird; denn die 52 Operationen wurden im Laufe der letzten 4 Jahre von Verf. ausgeführt. Das Zusammenvorkommen des duodenalen Geschwüres mit dem gastrischen ist sehr häufig. Seine Symptome sind nicht selten so klar, daß eine absolut sichere Diagnose von vornherein zu stellen ist. Das Geschwür sitzt meist im ersten Abschnitte des Duodenums; von Verf.s Fällen saßen die 7 perforierten Geschwüre alle im ersten Teile, von den anderen 43 im ersten und 1 im zweiten Teile. Im Gegensatze zu dem Magengeschwür ist das Geschwür im Duodenum meist solitär, doch war es bei 44 Fällen Verf.s 22mal mit Magengeschwür kompliziert. Das Duodenalgeschwür kann sich in jedem Lebensalter entwickeln; es überwiegt die Häufigkeit beim männlichen Geschlechte. Die wesentlichen Symptome sind: Schmerzen, Hämatemesis und Melaena. Bei den Schmerzen spielt der sog. »Hungerschmerz« eine typische Rolle: 2—3 Stunden nach dem Essen tritt Schmerz auf, der nach Zufuhr von etwas Nahrung aufhört. Für den Nachweis des Blutes im Stuhl ist die Boas'sche Probe von großem Wert und in allen zweifelhaften Fällen anzuwenden. Von den Komplikationen des Duodenalgeschwüres werden angeführt und eingehend besprochen: 1) Blutung; 2) Perforation; 3) narbige Duodenalstenose; 4) Narbenstenose der Vater'schen Papille; 5) Periduodenitis; 6) Karzinom; 7) Kompression der Pfortader durch Narbengewebe; 8) Gallenblasen- oder Gallengangserkrankungen; 9) Pankreaserkrankungen. — Die Indikation zur

Operation des Duodenalgeschwüres ist oft dringender als die des Magengeschwüres, da bei Hämorrhagien eher die größeren Gefäße arrodiert werden. — Verf. machte in allen seinen Fällen Gastroenterostomie als Operation der Wahl, und zwar jedesmal mit vollkommenem Erfolg; er gibt zu, daß Spezialbehandlung des Geschwüres mit Exzision, Naht, Gefäßunterbindung usw. sich gelegentlich gleichzeitig als nötig erweisen kann, eine Magen-Darmfistel ist jedoch immer auszuschließen. — Noch ein Wort zu den Resultaten: 1) Perforiertes Duodenalgeschwür: 7 Fälle — 5 Heilungen; 2) chronisches Duodenalgeschwür: 22 Fälle — 21 Heilungen; 3) mit Magengeschwür kombiniertes Duodenalgeschwür: 22 Fälle (23 Operationen) — 21 Fälle geheilt. Sämtliche Krankengeschichten sind genau angeführt.

Die Arbeit ist ein neuer Beweis der glänzenden Erfolge der Bauchhöhlenchirurgie an der Leeds infirmary. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

40) B. M. Arbusow. Über die tuberkulösen Strikturen des Dünndarmes.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Die vorliegende, von der kaiserl. militär-ärztlichen Akademie mit der goldenen Medaille ausgezeichnete Monographie hatte den Zweck, eine in der russischen medizinischen Literatur fühlbare Lücke auszufüllen. Zu dem Zwecke trägt sie alles zusammen, was über den Gegenstand bekannt ist, führt auch aus der Literatur 129 Krankengeschichten auszugsweise an.

Den unmittelbaren Anlaß gab folgender von Weljaminow operierter Fall:

Im Anschluß an den Genuß einer großen Menge Kartoffeln bekam die 40jährige Krankenpflegerin heftige Schmerzen im Leibe, die sich in der Folgezeit häufig wiederholten, so daß Pat. jeden 2. Tag liegen mußte. Der Stuhl war angehalten, der Harn auf ein Minimum reduziert. Während eines mehrwöchigen Aufenthaltes in einem Krankenhause hörten Schmerzen und Erbrechen nicht auf. Man kam schließlich auf die Vermutung, daß es sich um eine chronische Peritonitis handle, die zu einer Stenose im Darme geführt habe. Durch Milchdiät wurde einige Besserung erzielt. Da aber die Schmerzanfälle nicht ganz aufhörten und freier Ascites vorhanden war, wurde Pat. in die chirurgische Klinik verlegt.

Die chirurgische Beobachtung ergab das Vorhandensein eines in seiner Quantität wechselnden Ascites. Durch Palpation des Bauches konnte lebhafte Peristaltik ausgelöst werden, in deren Verlauf sich zunächst rechts, dann links in den Hypogastrien Geschwülste bildeten, die unter deutlichem Gurren schnell wieder verschwanden. Der Stuhlgang war geregelt, die tägliche Urinmenge betrug ca. 800 ccm. Da ein Zweifel an der Existenz einer Stenose nicht wohl bestehen konnte, schritt Weljaminow zur Operation: der Ascites erwies sich als gering. Die Gesamtserosa des Bauches war mit kleinen weißen Knötchen überschüttet. Ca. $2^1/_2$ m oberhalb des Blinddarmes eine $3^1/_2$ cm lange knopelharte Verdickung im Darme, die Striktur. Oberhalb war der Darm stark ausgedehnt und hypertrophisch, unterhalb atrophisch. Resektion und zirkuläre Naht. Eine zweite Verengerung wurde nicht gefunden. Verlauf glatt, am 9. Tage erster Stuhl. Die mikroskopische Untersuchung wies Tuberkulose nach, die hauptsächlich submukös gelegen war.

In den nächsten $2^1/_2$ Jahren — dann wurde ihre Spur verloren — ist Pat. gesund gewesen und hat als Pflegerin gearbeitet. **V. E. Mertens** (Breslau).

Berichtigung. Auf p. 278 Z. 25 v. o. muß »nicht« fortfallen.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 15. Sonnabend, den 15. April. 1905.

XXXIV. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

1.

Die Behandlung von Darmlähmung.

Von

Karl Dahlgren in Upsala.

In der Sitzung des Nordischen chirurgischen Vereins in Gothenburg im vergangenen August hielt ich einen Vortrag[1] über die Behandlung der ausgebreiteten eitrigen Peritonitis, wobei ich besonders die Wichtigkeit dessen hervorhob, daß gebührende Rücksicht auf die Darmlähmung genommen wird. Kann diese nicht beizeiten gehoben werden, so sind unsere Bemühungen vergeblich, selbst wenn die Operation im übrigen ein günstiges Resultat herbeigeführt hat. Außer einer Fistel am Darm, angelegt im Zusammenhange mit der Operation oder während der nächsten Stunden nach derselben, frühzeitigen und energischen Darmspülungen, Laxantien (per os oder per rectum oder event. durch eine Darmfistel) und Magenspülungen empfahl ich für die Bekämpfung der Darmlähmung eine Maßnahme, die ich in schweren Fällen seit Anfang 1904 angewendet habe und die in der Klinik die Bezeichnung »Melken« erhalten hat. Mit derselben wird bezweckt, den gelähmten Darm so vollständig wie möglich von seinem Inhalte zu befreien. Das Verfahren ist folgendes:

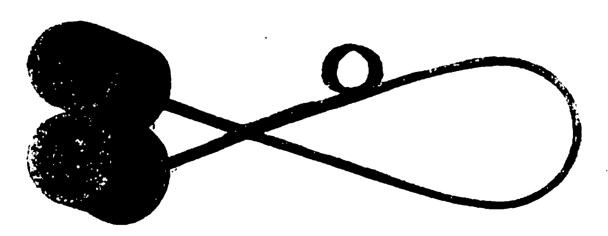
Nachdem die Mittelpartie des aufgetriebenen Dünndarmes nach der linken Seite hinüber — der Tisch wird am liebsten gleichzeitig nach derselben Seite geneigt — auf ein mit einem Handtuch bedecktes Stück Wachstuch gelegt worden ist, wird eine 1 bis $1^1/_2$ cm lange Querinzision gemacht, die mittels zweier an den Rändern angebrachter Péans offen gehalten wird. Durch Streichen des Darmes zwischen den Zeige- und Mittelfingern beider Hände (»Melken«) befördert der Operateur den Inhalt nach der Öffnung, während der Assistent die benachbarten Därme vor Verunreinigung schützt. Hierbei wird mit dem nächstliegenden Stück (20—30 cm) begonnen und Strecke auf Strecke fortgesetzt, aufwärts bis an das Duodenum, abwärts bis an die Valvula Bauhini. Mit einiger Übung kann der Darm auf diese Weise ziemlich vollständig entleert werden. Es ist selbstredend, daß die Manipulationen mit größter Schonung gemacht werden müssen, so daß die oft morsche Serosa der Därme und des Mesenteriums nicht lädiert werden. Von diesem Gesichtspunkte aus wird die Anwendung von Kautschuckhandschuhen empfohlen. Der Darm wird während des Melkens mit warmer physiologischer Kochsalzlösung gespült. Die Öffnung im Darme wird mit doppelten Reihen Suturen geschlossen,

[1] Im Druck begriffen in »Nordisk tidskrift for terapi« und in »Archives internationales de chirurgie«.

der Darm wird sorgfältig gewaschen und reponiert. »Das Melken« ist fortzusetzen bis der Darm soviel an Volumen abgenommen hat, daß er sich mit Leichtigkeit in den Bauch einführen läßt.

Dieses Verfahren halte ich für indiziert, sobald die Ausdehnung des Dünndarmes so ausgesprochen ist, daß eine Reposition des eventerierten Darmes auf Schwierigkeiten stößt — wie aus meinem Vortrag erhellt, kann bei stärkerer Füllung des Darmes eine effektive Reinigung der Bauchhöhle nicht ohne Eventration der Dünndärme zuwegegebracht werden.

Da der Inhalt des ausgespannten Darmes zum wesentlichen Teil aus Gasen besteht, hat es sich beim »Melken« häufig schwierig gezeigt, diese zu hindern zwischen den Fingern in einer der gewünschten entgegengesetzten Richtung vorzudringen. Diese Schwierigkeit, die natürlich Zeitverlust verursacht, habe ich dadurch überwunden, daß ich zum Vorwärtstreiben des Inhaltes statt der Finger ein für diesen Zweck konstruiertes Instrument anwende. Nach einigen Versuchen habe ich diesem Instrumente das Aussehen gegeben, das die untenstehende Figur darbietet. Es besteht aus zwei Zylindern, die durch



eine schwache Stahlfeder gegeneinander gedrückt werden. An der gekreuzten Feder befindet sich eine für den Zeigefinger bestimmte Hülse angebracht, mittels welcher das Instrument den Darm entlang vorwärts gezogen wird, ohne daß die Feder beeinflußt wird. Die Zylinder wurden zuerst von hydraulich zusammengepreßter Holzmasse hergestellt, einem Materiale, das auf Grund seines passenden Festigkeitsgrades und seines geringen Gewichtes besonders zweckmäßig erschien. Da sich indessen herausstellte, daß dasselbe ein wiederholtes Kochen nicht vertrug, mußte es durch dünnwandige Metallrohre ersetzt werden. Der Durchmesser der Zylinder beträgt 4 cm, ihre Länge 7 cm. Das Instrument hat sich als zur vollen Zufriedenheit funktionierend bewährt[2].

Daß eine wesentliche Verminderung des Inhaltes des Darmes die Arbeit der paretischen Muskulatur in hohem Grade erleichtern muß, ist wohl ohne weiteres klar. Auch ein anderer Vorteil der Entleerung des Darmes, nämlich der, daß der Körper schnell von den Infektionsstoffen befreit wird, die zumal bei katarrhalischen Zuständen des Darmes

[2] Wird bei Stille, Stockholm, verfertigt.

in reichlicher Menge hier vorhanden sind, dürfte unstreitbar sein. Die Frage ist demnach, ob nicht diese Vorteile durch den Eingriff selbst als solchen zu teuer erkauft werden. An der Hand meiner Erfahrung glaube ich hierauf mit Nein antworten zu können. Von den 15 Fällen von ausgebreiteter eitriger Peritonitis, die von Januar bis Juni 1904 in die chirurgische Klinik in Upsala aufgenommen wurden und die alle nach den Prinzipien behandelt wurden, die ich in meinem vorerwähnten Vortrag ausgesprochen habe, wurden nicht weniger als acht — demnach über 53% — gerettet. An vier von den Genesenen, bei welchen eine stärkere Ausdehnung der Därme mit herabgesetzter oder aufgehobener Peristaltik vorlag, war »Melken« vorgenommen worden.

In letzter Zeit haben wir in der chirurgischen Klinik in Upsala einige Versuche mit Atropin in großen Dosen gegen Ileus gemacht und dabei Resultate erzielt, die mir einer weiteren Prüfung wert zu sein scheinen. In einem, wie es schien, hoffnungslosen Falle von Darmlähmung — Verstopfung und äußerst heftiges und frequentes Erbrechen während 5 Tagen — nach Herniotomie und wiederholter Laparotomie wurde zu Atropininjektionen als einem letzten Versuch, den Pat. zu retten, gegriffen. Das Resultat war staunenswert. Die Ileussymptome schwanden rasch und der Pat. genas. Kurz darauf wurde ein 81jähriger Mann mit Ileussymptomen unbekannten Ursprunges aufgenommen. Bei der Operation zeigten sich die Därme ausgedehnt; keine Peristaltik; beginnende Peritonitis; kein mechanisches Hindernis. Da die Ileussymptome, wie man nach dem Operationsbefunde Anlaß hatte zu erwarten, fortbestanden — gewaltsames anhaltendes Erbrechen ohne Abgang von Gasen oder Fäces —, wurde subkutan Atropin gegeben. Wie im vorhergehenden Falle stellten sich auch hier nach vier Spritzen (in jeder Spritze 1 mg Sulphas atropin.) Bewegungen im Bauche und nach der fünften reichlicher Stuhl ein. Ein nach ein paar Tagen von neuem auftretender Ileus wurde in gleicher Weise gehoben.

Die Versuche mit großen Dosen Atropin gegen Ileus, die vor einigen Jahren zuerst in der Literatur erwähnt wurden, schienen mir mit wenig Unterscheidung gemacht worden zu sein, und ich stellte mich daher sehr skeptisch zu den Resultaten. Die Erfahrung von den vorstehend besprochenen beiden Fällen hat mich indessen eines besseren belehrt. Besonders fand ich den Fall Nr. 2, wo die Atropinbehandlung mit demselben guten Resultat wiederholt wurde, beweisend für einen kräftigen Einfluß des Atropins auf die Peristaltik des Darmes. Aus diesem Grund entschloß ich mich dazu, in schwereren Fällen von Darmlähmung — auch bei Peritonitis —, wo durch Operation das Nichtvorhandensein eines mechanischen Hindernisses konstatiert worden war, Atropin anzuwenden. Der nächste Versuch wurde in einem vernachlässigten Falle von Perforationsperitonitis mit hochgradiger Gesamtinfektion — hohem Fieber, Albuminurie, Ikterus — und vollständigem Ileus

gemacht. Als 6 Stunden nach der Operation die Ileussymptome keine Tendenz zeigten nachzulassen, wurde subkutan Atropin gegeben. Nachdem fünf Spritzen à 1 mg gegeben worden waren, kam die Peristaltik rasch in Gang. Während der 5 Tage, die die Pat. noch lebte, hatte sie täglich große Entleerungen. Die Sektion zeigte heftige Sepsis; die Peritonitis war in Heilung begriffen.

In einem anderen Falle von ausgebreiteter eitriger Peritonitis — hohem Fieber (39,7), hoher Pulsfrequenz (140) und Albuminurie — bei einem jungen Manne, wo die Operation eine schnelle Besserung der Infektionssymptome herbeiführte, so daß das Fieber nach 36 Stunden geschwunden war, bildete sich während derselben Zeit ein vollständiger Ileus — hochgradiger Meteorismus, Übelkeit, Schlucksen und beginnendes Erbrechen — aus. Es wurde nun Atropinbehandlung eingeleitet und am Coecum eine Fistel angelegt. Die letztere gewährte freilich unmittelbar einige Erleichterung, aber erst nach 6 bis 8 Stunden, nachdem fünf Spritzen Atropin gegeben worden waren, ließen die Ileussymptome nach und stellten sich reichliche Entleerungen ein. Der Pat. befindet sich nun in vollständiger Rekonvaleszenz.

Da das glückliche Resultat rücksichtlich der Hebung der Ileussymptome in den vorstehend kurz referierten Fällen nach meiner Überzeugung mit der Atropinbehandlung in Zusammenhang zu bringen ist, scheint mir die Hoffnung nicht unbegründet, daß wir in dieser Behandlung ein wirksames Mittel zur Bekämpfung wenigstens gewisser Formen von dynamischem Ileus haben, und ich möchte daher ähnliche Versuche warm befürworten in Fällen von Darmlähmung, wo durch Operation das Nichtvorhandensein eines mechanischen Hindernisses dargetan worden ist.

Es kann hinzugefügt werden, daß alle vier Pat. die ziemlich großen Dosen (5 bis 7 mg in 12 bis 15 Stunden) gut vertragen haben.

II.

Eine neue Methode der Sterilisation von Catgut.

Von

Dr. **Willard Bartlett** in St. Louis, Mo.

Nachdem ich das von mir zubereitete Catgut ein Jahr lang mit ausgezeichnetem Erfolg angewandt habe, übergebe ich hiermit die Methode der Öffentlichkeit zur Nachprüfung. Das Verfahren zerfällt in folgende Etappen:

1) Das Rohmaterial wird in Fäden von etwa 2 Fuß Länge geschnitten, und jeder dieser Fäden wird um sich selbst gewunden. Die so entstehenden Ringe, die einen Durchmesser ungefähr von der Größe eines Zweimarkstückes haben, werden wie Perlen an einen Zwirn- oder

Baumwollenfaden gereiht, damit man sämtliche Fäden bequem hantieren kann.

2) Dieses Band von Catgutringen wird nun eine Stunde lang bei einer Temperatur von 85° C und eine weitere Stunde bei 105° C getrocknet, und zwar wird die Temperatur langsam auf die gewünschte Höhe gebracht.

3) Das Catgut wird nun in flüssiges Paraffin gebracht und bleibt in dieser Flüssigkeit, bis es transparent geworden ist, was in spätestens 12 Stunden der Fall ist.

4) Darauf wird das Glasgefäß mit dem Öl und Catgut in ein Sandbad gestellt und die Temperatur eine Stunde lang ganz allmählich auf 160° C erhitzt, worauf diese Temperatur eine zweite Stunde lang unterhalten wird.

5) Nun hebt man den Faden mit den Catgutringen mittels eines ausgekochten Instrumentes aus dem Öl und bringt das Catgut in ein steriles Glasgefäß, das mit folgender Mischung gefüllt ist:

Jodkristalle	1 Teil,
desodorierter Methylalkohol	100 Teile.

Nachdem man jetzt den Faden mit ausgekochter Schere durchschnitten und herausgezogen hat, bleibt das Catgut in dieser Flüssigkeit liegen und ist nach 24 Stunden gebrauchsfertig.

Besonderes Gewicht muß auf Etappe 3 gelegt werden. Wenn das Catgut im Öl bleibt, bis es transparent wird, so ist man sicher, daß der Catgutfaden in allen Teilen gleichmäßig imbibiert ist, und daß während des folgenden Sandbades die Temperatur im Innern des Fadens gleich hoch ist, wie die des umgebenden Öles. Beim Herausheben des Catgutbündels läßt man nur das überschüssige Öl abtropfen. Absolut ölfreies Catgut ist so hygroskopisch, daß es schon nach wenigen Minuten die in jeder Wunde enthaltene Feuchtigkeit aufsaugt und anschwillt. Die Aufbewahrungsflüssigkeit löst das Paraffinum liquidum nicht sehr schnell auf, sie verhütet jedoch, daß die Außenseite des Catgutfadens schlüpfrig bleibt. Nach einigen Stunden dringt sie auch ins Innere des Fadens ein, den sie, wie auf dem Durchschnitt ersichtlich, tief schwarz färbt. Das im Faden noch verbleibende Paraffin tut der schwach antiseptischen Kraft der Aufbewahrungsflüssigkeit keinen Abbruch, da es keine irritierenden Eigenschaften hat.

Die Vorzüge des Verfahrens bestehen zunächst in seiner überraschenden Einfachheit. Ein gewöhnliches Kochgestell, das mit dem nächsten Gashahn verbunden wird, ein Paar Glasgefäße und ein Thermometer für hohe Temperaturen bilden das nötige Zubehör, das sich ein jeder leicht beschaffen kann. Die Sicherheit vollkommener Sterilisierung hat sich aus einer sehr großen Reihe von Laboratoriums- und experimentellen Untersuchungen, sowie aus Beobachtungen nach Operationen erwiesen. Die Schmiegsamkeit und Haltbarkeit des Catguts ist vorzüglich und wird von keiner anderen mir bekannten Methode erreicht. Die Schnelligkeit der Resorption ist die gleiche wie

bei anderen Verfahren. Catgut Nr. 2 wird in ungefähr einer Woche resorbiert. Mein Catgut kann unbegrenzt lange in der Aufbewahrungsflüssigkeit belassen werden, ohne daß Haltbarkeit oder Keimfreiheit darunter leiden. Auch dafür kann ich eine größere Reihe von bakteriologischen Untersuchungen beibringen. Als weiteren Vorteil der Methode führe ich endlich die Billigkeit des Verfahrens an. Das flüssige Paraffin kann wiederholt gebraucht werden, und der Preis für Jod und Methylalkohol ist sehr gering. Nur desodorierter Methylalkohol ist zu verwenden.

Genauere Mitteilungen über bakteriologische und andere Versuche sollen in einer ausführlichen Arbeit erfolgen.

---

1) **F. Dessauer.** Röntgenologisches Hilfsbuch. Eine Sammlung von Aufsätzen über die Grundlagen und die wichtigsten Hilfsmethoden des Röntgenverfahrens. Mit einem Anhang über Radioaktivität. Bd. I.

Würzburg, **A. Stuber's** Verlag **(C. Kabitzsch),** 1905. 33 Abb.

Verf. hat eine Reihe seiner Aufsätze über die brennendsten Fragen des Röntgenverfahrens zusammengestellt. Im I. Bande bespricht er zunächst die Theorie des Verfahrens mit den daraus sich ergebenden Forderungen in bezug auf Stromquelle, Funkenlänge, Unterbrecher, Röhreneigenschaften u. a. mehr. Weitere Aufsätze behandeln nochmals speziell einzelne Abschnitte, z. B.: die Röntgenröhre, das Blendenverfahren, Stromquellen (Empfehlung des Grisson'schen Gleichrichters bei Wechselstrom), Unterbrecher, Schädlichkeit und Unterdrückung der Schließungsinduktion, Funkenlänge des Induktors. In letzterem Kapitel wendet sich Verf. energisch, wie schon mehrfach, gegen die sonst fast allseitig empfohlenen Induktoren mit möglichst großer Funkenlänge und sucht das theoretisch zu begründen.

Den Schluß bildet eine physikalisch-theoretische Abhandlung über Radioaktivität und Naturanschauung. **Renner** (Dresden).

---

2) **Perthes.** Versuch einer Bestimmung der Durchlässigkeit menschlicher Gewebe für Röntgenstrahlen mit Rücksicht auf die Bedeutung der Durchlässigkeit der Gewebe für die Radiotherapie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 1.)

Verf. suchte die Durchlässigkeit der menschlichen Gewebe für Röntgenstrahlen durch Vergleiche mit solchen Stoffen zu bestimmen, deren Durchlässigkeit bekannt ist oder immer leicht festgestellt werden kann, wie Wasser und Stanniol. Die Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen in den einzelnen Geweben wurde durch ähnlich gestaltete Versuche mit der von Röntgen selbst angegebenen radioskopischen Methode geprüft. Das Ergebnis seiner Versuche faßt Verf. in folgenden Sätzen zusammen:

»1) Die Durchlässigkeit der Weichteile des menschlichen Körpers mit Ausnahme von den Geweben, die spezifisch leichter sind als Wasser — Lunge und Fettgewebe — kommt der des Wassers außerordentlich nahe. Nur Lunge und Fettgewebe sind durchlässiger als Wasser; die übrigen Weichteile einander ziemlich gleich und sehr wenig undurchlässiger als Wasser.

2) Bei Bestrahlung des Körpers sinkt die Intensität der Röntgenstrahlen von der Körperoberfläche nach dem Körperinnern zu rasch ab. Bei Verwendung von mittelweichen Röhren ist in 1 cm Tiefe nur 50—60%, in 2 cm Tiefe nur 35—45%, in 3 cm Tiefe nur 20—30% der ursprünglichen Intensität vorhanden.

3) Die Intensitätsabnahme erfolgt langsamer bei der Verwendung harter Röhren; aber auch in diesem Falle sinkt die Intensität im vierten Zentimeter unter 40%, im fünften unter 25% des ursprünglichen Wertes herab.

4) Die Intensitätsabnahme in der Tiefe erfolgt merklich langsamer, wenn auf die Körperoberfläche eine absorbierende Schicht — etwa 1 mm Aluminium — gelegt wird.« **Gaugele** (Breslau).

---

3) **Hahn.** Ein Beitrag zur Röntgentherapie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 2.)

Bei Abschnürung der Extremitäten mit der Esmarch'schen Binde erhält man viel schärfere Röntgenbilder. Das Blut ist offenbar für die Durchdringungsfähigkeit der Röntgenstrahlen ein Hindernis. Verf. hält diese Ansicht durch eigene Versuche für bestätigt.

Zur Ausheilung der Röntgengeschwüre empfiehlt Verf. die Eosinbehandlung nach v. Tappeiner. **Gaugele** (Breslau).

---

4) **Linser.** Beitrag zur Histologie der Röntgenwirkung auf die normale menschliche Haut.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 2.)

Baermann und Verf. fanden in früheren Versuchen, daß bei der Ulzeration durch Röntgenstrahlen die Schädigung der Blutgefäße das primäre sei, während Ernährungsstörungen und Ulzerationen erst sekundär sich dazu gesellen. Neuere Versuche an entzündlich nicht veränderter Haut bestätigten seine frühere Annahme; auf jeden Fall sei nach diesen Ergebnissen eine primäre Schädigung des Epithels ausgeschlossen. (Nach der gleichzeitigen Mitteilung von Unna sind bei der chronischen Röntgendermatitis der Radiologen alle Gewebsschichten der Haut gleichmäßig betroffen. Ref.)

Gaugele (Breslau).



5) **Unna.** Die chronische Röntgendermatitis der Radiologen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 2.)

Verf. gibt uns in seiner eingehenden Arbeit unter Benutzung von Berichten mehrerer Radiologen ein klares Bild über den Stand unseres heutigen Wissens und therapeutischen Könnens in obiger Frage:

Die Röntgendermatitis tritt meist erst längere Zeit nach dem Beginn der Beschäftigung mit Röntgenstrahlen auf. Ihre Lokalisation entspricht genau der des X-Strahlentraumas. Die ersten Erscheinungen bestehen in einer diffusen Rötung und Schwellung der Haut, meist noch ohne stärkere subjektive Beschwerden. In allen Fällen kommt weiterhin eine Hyperkeratose hinzu, welche diffus oder umschrieben (als Warze, Schwiele und subunguale Hyperkeratose) auftreten kann. Die Hyperkeratose führt häufig zu der äußerst schmerzhaften Rhagadenbildung. Als seltenes Spätsymptom findet man eine totale Hautatrophie (Liodermie—Glanzhaut). Bezüglich der Histologie der Röntgendermatitis erkennt Verf. die von Baermann und Linser vertretene Anschauung der primären Gefäß- mit sekundärer Gewebsschädigung nur für akute Fälle, speziell Ulzerationen an; bei der chronischen Berufsdermatitis dagegen sind alle Teile der Haut gleichmäßig betroffen (Gefäßerweiterung ohne Schädigung der Gefäßwand, Hyperkeratosis, chronisches, interstitielles Ödem). Die Röntgendermatitis trotzt oft jahrelang jeder Therapie. U. empfiehlt eine Behandlung mit hornerweichenden und schälenden Mitteln (Wasser, hygroskopische Salze, Alkalien, Fette, Salizylsäure) in Verbindung mit oxydierenden Mitteln (H_2O_2, Natronsuperoxydseife und die Hebra'sche Salbe), womit gute Resultate erzielt werden.

Gaugele (Breslau).

---

6) **Seldin.** Über die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf innere Organe und den Gesamtorganismus der Tiere.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 6.)

Im ersten Teile der Arbeit geht Verf. zunächst auf die einschlägige Literatur ein, wobei er besonders die Versuchsresultate von Scholtz, Kienböck Heinecke und Albers-Schönberg näher bespricht.

Im Anschluß daran berichtet er über die Ergebnisse der von ihm selbst an Mäusen und Meerschweinchen vorgenommenen Versuche, welche im großen und ganzen mit denen von Heinecke und Albers-Schönberg übereinstimmen. Der zweite Teil handelt von der Einwirkung speziell der Radiumstrahlen auf die inneren Organe. Sichere klinische Erfahrungen darüber liegen bis jetzt nicht vor. Die vom Verf. selbst angestellten Versuche ergaben ein ähnliches Resultat wie die entsprechenden Versuche mit Röntgenstrahlen. Die hauptsächlichsten Ergebnisse seiner Experimente sind:

Kleine Säugetiere (Mäuse) gehen meist rasch zugrunde, um so schneller, je jünger sie sind.

Größere Tiere (Meerschweinchen) zeigen bei Bestrahlungen mäßigen Grades keine nennenswerten Störungen des Allgemeinbefindens.

Bei Bestrahlung des Hodens treten in letzterem degenerative Prozesse auf, die zu vollkommener Azoospermie führen können (bei Radiumbestrahlung rascher als bei Röntgenbestrahlung).

Die Leber wurde durch die Bestrahlung nicht verändert.

Gaugele (Breslau).

---

7) **S. G. Tracy.** Thorium: A radioactive substance with therapeutical possibilities.

(New York med. record 1904. Januar 23.)

Von den vier radioaktiven Elementen: Actinium, Polonium, Radium und Thorium, ist das letztere relativ billig und wird z. B. in den Auerglühstrümpfen verwendet.

Man kann auch »Thoriographien«, die abgebildet werden, erhalten, indem man, allerdings mehrere Tage lang, über einen auf einer photographischen Platte liegenden Metallgegenstand solche Glühstrümpfe legt.

Etwas schneller wirkt das Thoriumnitrat; Exposition von einer Stunde genügt schon bei Erhitzung von Thoriumoxyd, wie solches auch zur Inhalationstherapie der Tuberkulose verwendet wurde. Eine 25%ige Salbe von Thoriumnitrat wird bei parasitären Hautkrankheiten für besonders wirksam gehalten. Für die antiseptischen und antifermentativen Eigenschaften werden noch mehrere Beispiele angeführt.

Loewenhardt (Breslau).

---

8) **Scholtz.** Über die Indikationen der Behandlung mit Röntgenstrahlen in der Dermatologie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 2.)

Verf. stellt auf Grund seiner 6jährigen Erfahrung für die Röntgentherapie folgende Indikationen auf:

1) Von den Neubildungen der Haut ist es vor allem das oberflächliche Cancroid, für welches die Röntgenbehandlung neben der Operation als Methode der Wahl zu bezeichnen ist. Aber auch die übrigen Hautkarzinome, speziell ulzerierte, werden günstig beeinflußt. Ähnlich wie die Karzinome verhalten sich die Sarkome und die Geschwülste der Mycosis fungoides. Bei Lupus erreicht man mehr durch Finsenbehandlung. Oft empfiehlt es sich, beide Verfahren zu kombinieren. Bei Gefäßneubildungen leisten die Röntgenstrahlen selten etwas, prompt dagegen bei Warzen.

2) Bei den Haarkrankheiten findet die Röntgentherapie besonders für die Epilation bei Favus und Trichophytie des Kopfes, sowie für hartnäckige Fälle von Folliculitis barbae vorteilhafte Verwendung.

3) Von den übrigen Dermatosen wird die Psoriasis meist rasch durch die Röntgenstrahlen auf das günstigste beeinflußt. Für die meisten anderen Dermatosen (auch pruriginöse Affektionen) bildet die

Röntgenbestrahlung nur ein unterstützendes Mittel neben der gewohnten Behandlung. **Gaugele** (Breslau).

---

9) **Freund.** Zur Therapie und forensischen Begutachtung der Röntgenstrahlendermatitiden.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 1.)

Eine sichere Verhütung von Röntgenstrahlendermatitiden kann auch nicht bei Anwendung des Chromoradiometers erreicht werden; am ehesten noch bei dem vom Verf. angegebenen radiometrischen Verfahren. Die schlechte Heilungstendenz der Röntgengeschwüre ist nach den neuesten Anschauungen hauptsächlich bedingt durch eine starke Gefäßschädigung, welche zu chronischer Hyperämie an der betroffenen Stelle führt. Verf. empfiehlt deswegen, wo möglich, die Hochlagerung des kranken Gliedes. Andere, wie Huntington, Baermann und Linser, exstirpierten die Ulcera. Neben der kausalen Therapie sind noch einige symptomatische Mittel von großem Werte (warme Umschläge, event. mit Liquor Burowii). — (In einer erst kürzlich veröffentlichten Arbeit Unna's wird vor Liquor Burowii gewarnt. Ref.) — In forensischer Beziehung kann sich der Arzt leicht schützen, wenn er die Kranken über die event. schädlichen Folgen der Röntgenbestrahlung zuvor aufklärt. **Gaugele** (Breslau).

---

10) **C. Beck.** The mediolegal of aspect accidents caused by the Röntgen rays.

(New York med. record 1904. Februar 20.)

Verf. behandelt in übersichtlicher Weise die verschiedenen Grade der Röntgendermatitis und bespricht die Vorsichtsmaßregeln. Bei der bullösen Form werden Xeroformverbände empfohlen, bei chronischen Veränderungen Bäder mit normaler Kochsalzlösung.

Weiterhin wird die forensische Seite dieses Themas erörtert und die Indikation der Röntgenbehandlung zu rein kosmetischen Zwecken wie bei Hypertrichosis gegenüber der vitalen bei Karzinomen nach diesem Gesichtspunkte beleuchtet. **Loewenhardt** (Breslau).

---

11) **G. Legros.** Cancers et radiothérapie.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 11.)

Die französischen Erfahrungen faßt L. wie folgt zusammen.

Bei der Mehrzahl der Hautepitheliome erreicht man mit Röntgenstrahlen mindestens ebensoviel, wie mit den älteren Methoden. Oft erstaunlich ist die Wirkung auf rezidivierende oder inoperable Sarkome. Die Strahlen sind »un moyen d'arrêt et un palliatif remarquable« gegen Rezidive von Mammakarzinomen, versagen dagegen völlig bei Eingeweidekrebsen und Lymphdrüsenmetastasen.

V. E. Mertens (Breslau).



12) **A. Bum.** Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittels Stauung.

(Wiener med. Presse 1905. Nr. 3 u. 4.)

Nach seinen Erfahrungen hält Verf. die Stauung bei folgenden Gelenkerkrankungen für ganz besonders indiziert: bei Arthritis gonorrhoica; beim akuten Gichtanfall; beim akuten und subakuten Gelenkrheumatismus; ihnen folgen die Versteifungen der Gelenke, insoweit sie Syndesmosen betreffen, und die Gelenktuberkulose. Lediglich unterstützende Wirkung können wir der Methode bei jenen Formen der Gelenkerkrankungen zusprechen, die mit größeren Transsudaten und Extravasaten einhergehen, also bei der serösen Synovitis, dem Hydrops der Gelenke, dem sog. chronischen Gelenkrheumatismus, mit Ausnahme der hyperplastischen Form desselben, der Arthritis deformans und bei Gelenkverletzungen. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

13) **Cohn.** Beitrag zur Lehre von den Funktionsstörungen im Ellbogengelenk mit besonderer Berücksichtigung der Ulnarislähmung.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 1.)

Auf Grund stereoskopischer Röntgenphotographien von Brüchen des Ellbogengelenkes mit nachfolgenden Störungen im Gebiete des N. ulnaris kommt Verf. zu dem Schluß, daß letztere Störungen nicht, wie man bisher annahm, etwa durch überreiche Kallusbildung verursacht werden; denn eine solche pflegt bei den Gelenkbrüchen meist nicht einzutreten. Auch war in 4 von 6 Fällen die Parese resp. Paralyse erst lange Zeit (2—57 Jahre) nach der Fraktur eingetreten. Eine »toxiko-traumatische Genese« (Oppenheim) glaubt Verf. ebenfalls bei seinen Fällen ausschließen zu können. Die Ursache ist vielmehr darin zu suchen, daß durch die bei der Fraktur geschaffenen Knochenveränderungen der N. ulnaris in eine abnorme Lage gedrängt wird, wo er leichter Schädigungen ausgesetzt ist, die früher oder später zu einer Ulnarisparese oder -paralyse führen können.

Gaugele (Breslau).

---

14) **Schiele.** Über die Behandlung schwerer blutiger Handverletzungen.

(Therapeutische Monatshefte 1905. Nr. 2.)

Unter Erörterung allgemeiner Grundsätze, besonders über die Desinfektion bei schweren Handverletzungen, sowie unter genauerer Ausführung, wie man sich im einzelnen den verschiedenen Geweben der Hand gegenüber zu verhalten habe, kommt S. zu folgenden Hauptsätzen:

1) Die Gebrauchsfähigkeit der Hand muß möglichst erhalten werden.

2) Hauptmittel dazu ist eine reaktionslose Heilung.



3) Im Interesse derselben sind Teile von voraussichtlich geringer Brauchbarkeit zu opfern. Prinzipiell konservatives Verfahren ist schädlich.

4) Heilung per primam oder mit mäßiger Reaktion ist auch in stark verschmutzten Wunden möglich, wenn man die Wunde in Narkose genau anfrischt. Man kann dann auch nähen und erreicht dadurch schmale Narben und ungestörte Funktion der inneren Bewegungsorgane der Hand.

Den Schluß der Arbeit bildet ein kurzes Verzeichnis der einschlägigen Literatur. **Silberberg** (Breslau).

---

15) **H. Coenen.** Über die konservative Behandlung der Finger- und Zehenverletzungen.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904. Nr. 23.)

Der frühere radikale Standpunkt bei der Behandlung der Fingerverletzungen, welcher bezweckte, den Arbeiter aus sozialen Rücksichten bald wieder erwerbsfähig zu machen, hat mit der Verlängerung der Krankenkassenzeit auf 26 Wochen an Berechtigung verloren und entspricht auch nicht mehr dem heutigen Stande der Chirurgie. Ein konservatives, dem Einzelfalle sorgfältig angepaßtes Vorgehen führt oft zur Erhaltung noch recht brauchbarer Finger. Deshalb soll man nichts opfern, was nicht unbedingt verloren ist; ein genau angelegter, fixierender Verband nach voraufgegangener Reinigung der Umgebung ist zunächst alles, was zu geschehen hat, selbst bei komplizierten Fingerbrüchen. Die primäre Naht bei Verletzungen der häufig durch Gewerbeschmutz stark verunreinigten Finger ist wegen der Gefahr der Phlegmone fast immer zu verwerfen. Selbst wenn nun ein auf diese Weise geheiltes Glied sich später als unbrauchbar erweist, so führt die sekundäre Amputation oder Exartikulation, wegen der Möglichkeit, aseptisch zu operieren und deshalb exakt zu nähen, zu besseren Narben, als Operationen bei noch offenen, zumal eiternden Wunden, bei denen nur unvollkommen oder garnicht genäht werden kann, und deshalb breite, empfindliche Narben entstehen. Nur die glatte Sehnendurchschneidung ist sofort zu nähen; doch hat bei der häufigen subkutanen Zerreißung der Strecksehne am Endgelenk ein Schienen- und Heftpflasterzugverband mehr Zweck als die Naht der hier fast papierdünnen Sehne.

Verf. veranschaulicht die Erfolge dieser Grundsätze durch Mitteilung und Abbildung mehrerer Fälle aus der chirurgischen Universitätspoliklinik zu Berlin.

Die Behandlung der Zehenverletzungen kann, weil der moderne Kulturmensch nicht mehr auf die Einzelbewegung der Zehen angewiesen ist, eine radikalere sein, muß aber wegen der größeren Gefahren der Fußphlegmone nicht weniger sorgfältig — am besten im Krankenhause — geleitet werden. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

16) **Chancel.** Luxation trapézo-métacarpienne.

(Thèse de Paris 1904. — Revue français de méd. et de chir. 1905. Nr. 2.)

Die Verrenkungen zwischen Multangulis und Metakarpalien sind selten; C. fand 30 Beobachtungen beschrieben. Fast immer war die Verrenkung nach hinten, nur in zwei Fällen nach außen eingetreten. Klinisch findet man ein merkbares Hervortreten des Metakarpalendes. Die im Beginn starke Funktionsstörung gleicht sich allmählich fast ganz wieder aus, selbst wenn nicht reponiert wird. Die Reposition ist gewöhnlich leicht, selbst lange nach dem Unfalle, dagegen die Retention schwierig, und nur bei genauer Fixation zu erzielen.

Mohr (Bielefeld).

---

17) **V. Schmieden.** Über plastischen Knochenersatz bei der Heilung der Spina ventosa und über die Enderfolge.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 302.)

S. hat bei der Spina ventosa der Hand- und Fußknochen 13mal ein plastisches Operationsverfahren und dabei 8mal eine Einheilung des Knochenersatzstückes erzielt, deren Dauerhaftigkeit auch 1 bis 1½ Jahre lang verfolgt wurde. Die Knochen des Mittelfußes und der Mittelhand eignen sich für das Verfahren am besten, an freien Phalangen gelang nur 1mal die Plastik. Nachdem die topographischen Verhältnisse durch Röntgenaufnahme festgestellt, wird der kranke Knochen durch lateralen Schnitt freigelegt. Alle kranken Weichteile sollen mit dem Messer, nicht durch Auskratzung entfernt werden, der kranke Knochen selbst wird mit scharfen Instrumenten im Gesunden, möglichst unter Schonung der Epiphysen reseziert, event. auch unter Schonung eines Teiles der periostalen Wucherungsschicht; die Plastik wird bei fistelfreien Fällen sofort angeschlossen. Sind Fisteln vorhanden, erst nach Ausheilung letzterer. Zum Knochenersatz empfiehlt sich am meisten die Autoplastik; und zwar hat S. dazu ein Stückchen Tibia unter Mitnahme reichlichen Periostes verwendet. S. ist der Überzeugung, daß bei dieser Transplantation der Knochen nicht abstirbt, sondern leben bleibend direkt anheilt. Im Röntgenbilde kann man lange nach vollendeter Heilung noch die eigentümliche Spongiosastruktur der Tibia im Gegensatze zu der der gesunden Hand- und Fußknochen rekognoszieren. Der transplantierte Knochen heilt manchmal auch noch ein, wenn er zeitweise durch Eiterung bloßgelegt war. Es exfoliiert sich dann eine oberflächliche Lamelle, der Rest heilt ein. Man sieht in den von S. beigebrachten Röntgenbildern das Verhalten der eingeheilten Kochenstückchen. Sie verwachsen gut mit den erhaltenen Epiphysen und erfahren allerhand Formveränderungen. Ob sie am Körperwachstum teilnehmen, ist zweifelhaft, sie werden im Gegenteile bisweilen stark atrophisch, und wenn auch, wie es vorkommt, die distalen Phalangen kleiner werden, ist das Endresultat ein ungenügendes. Schwer ist es, die implantierten Stückchen in richtiger Lage zu erhalten — eine Extension an dem betreffenden Finger oder Zehen tat hier gute Dienste. Wenn eine Autoplastik sich nicht emp-

fahl, z. B. bei multipler Karies, benutzte S. als heteroplastisches Material Elfenbeinstifte, sowie durch Auskochen in Sodalösung mazerierte Spongiosa aus der Oberschenkelepiphyse des Rindes. Auch mit diesem Material erzielte er Erfolge. Die Rinderspongiosa empfiehlt er besonders, wo eine periostale Schale erhaltbar ist, die dann mit diesem Materiale primär »plombiert« werden kann. Dekalzinierter Knochen dagegen wird nach S.'s Erfahrungen oft zu schnell resorbiert oder gar in aufgelöstem Zustand ausgestoßen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

18) **A. Schlesinger.** Zur Ätiologie und pathologischen Anatomie der Coxa vara.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 3.)

S. beobachtete einen Fall von Coxa vara bei einem 15jährigen Mädchen. Konservative Behandlung führte nicht zum Ziele, deshalb wurde die Resektion des oberen Femurendes vorgenommen. Die Untersuchung des erhaltenen Präparates ergab, daß es sich um eine reine traumatische Epiphysenlösung handelte. Da das Verhältnis des Leidens zur traumatischen Epiphysenlösung noch keineswegs geklärt ist, studierte Verf. darauf hin die zu dem Zwecke brauchbare Literatur und fand, daß eine Verbiegung des unteren Schenkelhalsrandes bei einer Abrutschung des Kopfes nach hinten unten allein auf Grund des Röntgenbildes nicht zu beurteilen sei, ferner, daß bis jetzt in keinem Falle der Coxa vara adolescentium ein anderer Sitz der Verbiegung als die Epiphysenlinie nachgewiesen sei. Eine Coxa vara adducta ist als Coxa vara adolescentium bis jetzt nicht erwiesen. Gegenüber der Auffassung der Deformität als Belastungsergebnis erklärt Verf., daß bis jetzt noch in keinem Falle von Coxa vara adolescentium makroskopisch oder mikroskopisch eine Osteomalakie oder Rachitis, auf Basis deren sie entstehen könnte, mit Sicherheit konstatiert ist. Die eventuell vorhandene Erweichung der Spongiosa ist auf eine mangelhafte Ernährung des abgerutschten Kopfes zurückzuführen. Ein Trauma oder eine Reihe von Traumen kann beim Heben schwerer Lasten die physiologisch im Pubertätsalter noch nachgiebige Epiphysenlinie lockern und den Kopf abrutschen lassen. Die Überlastung ist wohl imstande, die Coxa vara adolescentium zu erklären, aber sie ist als eine fortlaufende Reihe von Traumen aufzufassen, die schließlich eine Lockerung der Epiphysenlinie bewirken. Im Kindesalter bei der Coxa vara der nicht rachitischen Kinder spielt die Überlastung keine Rolle, sondern nur die traumatische Ätiologie. Bei rachitischen Kindern ist dagegen nirgends eine Epiphysenlösung beschrieben, da be ihnen der Schenkelhals der Locus minoris resistentiae ist.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).



19) **R. Förtner.** Zur Kasuistik der Pseudarthrosenoperation.

Diss., Kiel, 1904.

Bei einer Oberschenkelfraktur ließ sich in $3^1/_2$ Monaten keine Konsolidation erreichen. Die 20jährige Pat. war anscheinend ganz gesund. Endlich wurden die Frakturenden freigelegt und »ein ca. 5 cm langes, ca. 1 cm dickes, ausgekochtes stiftartiges Stück eines Femur« als Verbindungsstück eingeschaltet. Die Frakturenden wurden durch einen dicken Silberdraht dicht aneinander gezogen. Bier'sche Stauung, Massage.

Auf diesem Wege wurde eine »vollkommene Konsolidierung« erreicht. **V. E. Mertens** (Breslau).

---

20) **Trendelenburg.** Die Erfolge der Knochennaht bei Kniescheibenbrüchen.

(Therapie der Gegenwart 1905. Nr. 1.)

Nach kurzer historischer Einleitung berichtet T. unter Beschreibung der einfachen Technik der Kniescheibennaht über 62 Fälle von Kniescheibenbruch, die er an der Bonner und Leipziger Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte. Auf Grund der an diesen Fällen gemachten Erfahrungen empfiehlt T. dringend die Knochennaht bald nach der Verletzung, d. h. nach 6—10 Tagen, wenn das Ödem der Weichteile zurückgegangen ist. Die Ruhigstellung darf dabei nicht zu lange fortgesetzt werden: Die Schiene wird nach 8—10 Tagen gelockert, so daß schon minimale Bewegungen mit dem Knie ausgeführt werden können, und nach 2—3 Wochen werden die ersten Gehübungen gemacht.

Daß Verletzte, die nur mit Massage und frühzeitigen Übungen behandelt worden sind, und bei denen nur eine Bandvereinigung der Bruchstücke eingetreten ist, ebenso gut gehen können als Operierte, gibt T. zu. Er weist jedoch darauf hin, daß bei nicht knöcherner Vereinigung leicht Ermüdung und damit Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit eintreten könne und empfiehlt deshalb die Operation besonders bei Leuten, die auf ihren Erwerb angewiesen sind. — Bei veralteten Fällen mit großem Abstande der Fragmente nimmt T. die Operation nicht mehr vor. **Silberberg** (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

21) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

146. Sitzung am 13. März 1905.

Vorsitzender: Exz. v. Bergmann.

1) Herr Schwalbach: Aneurysma arterio-venosum der Carotis sin.

Bei dem in der vorigen Sitzung vorgestellten Pat. hat S. inzwischen operiert, da der Exophthalmus stärker wurde und die Erweiterung der Venen am inneren Augenwinkel und der Netzhautvenen zunahm; zur Unterdrückung des Geräusches mußten in letzter Zeit entweder beide Carotiden komprimiert oder es mußte mit der Kompression der Carotis comm. sin. ein digitaler Druck tief im inneren Augenwinkel gegen das hintere obere Orbitaldach ausgeübt werden. Durch Ligatur der

Carotis comm. sin. wurde das Schwirren am inneren Augenwinkel beseitigt, das blasende Geräusch wurde leiser. Hierauf Eröffnung des retrobulbären Raumes von einem Schnitt am oberen Augenhöhlenrand. Es wurde im Orbitalfett eine bleistiftdicke, stark geschlängelte Vene gefunden, die sich leicht vor die Hautwunde ziehen ließ. Nach Resektion eines 5 cm langen Stückes derselben hörte sofort jedes Geräusch auf. Heilung per primam. Bisher wurden bei Wiederauftreten von Geräuschen oder nicht vollkommenem Verschwinden derselben in der Regel beide Carotiden unterbunden. S. meint, man solle wie hier vor Unterbindung der Carotis der anderen Seite erst am Orte der Entstehung des Geräusches operativ eingreifen.

2) Herr Katzenstein teilt ein Verfahren mit zur Vermeidung des Circulus vitiosus nach Gastroenterostomie, bestehend in einer Naht, welche eine mäßige Knickung des zuführenden Schenkels bewirkt.

3) Herr Rumpel: Über Bechterew's Wirbelversteifung.

R. kommt unter Berücksichtigung der in den letzten Jahren beschriebenen und auf Grund der Beobachtung von sieben eigenen Fällen von chronisch ankylosierender Spondylitis zu dem Schluß, daß sich die von Bechterew, Pierre Marie und Strümpell aufgestellten Krankheitstypen nicht als gesonderte Krankheitsbilder unterscheiden lassen, sondern vielmehr als Stadien bezw. Varietäten ein und derselben Erkrankung aufzufassen sind. Das Wesen der letzteren findet Aufklärung durch die neuerer Zeit häufiger beschriebenen Sektionsbefunde, die die Krankheit als Arthritis chron. ankylopoëtica der kleinen Wirbelgelenke dokumentieren: Die Gelenkerkrankung ist das Primäre, die Spangenbildung und Osteophytenwucherung zwischen den Wirbelkörpern das Sekundäre. Von der Spondylitis deformans ist das vorliegende Krankheitsbild streng zu trennen; denn hier bilden Veränderungen der Wirbelkörper, die bei jener ganz intakt sind, den Ausgangspunkt. Durch Röntgenbilder, die diese Veränderungen der Wirbelsäule im Schattenbilde deutlich zeigen, werden die Ausführungen illustriert.

4) Herr Edm. Meyer: Beitrag zur Behandlung der Trachealstenosen.

Fall 1: 24jähriges Mädchen, im Alter von 3 Jahren wegen Diphtherie tracheotomiert; bis zum 10. Jahre vergebliche Versuche zu dekanülieren. Im 20. Jahre wurde wieder mit Dilatationsbehandlung begonnen; sie führte nicht zum Ziel. Im November 1902 Exzision der Narbe, die sich dicht unterhalb des Kehlkopfes gebildet hatte, von der Trachealfistel aus, danach regelmäßige Behandlung mit O'Dwyer'schen Tuben. Im Januar 1903 Dekanülement. Seit dieser Zeit atmet die Pat. frei per vias naturales. Die noch bestehende Trachealfistel soll jetzt plastisch geschlossen werden.

Fall 2: 21jährige Mädchen, mit $1^1/_4$ Jahr tracheotomiert, seitdem Trachealfistel. Ein Versuch im Januar 1904, dieselbe zu schließen, mißlingt; wegen eines schweren Suffokationsanfalles mußte retracheotomiert werden; eine danach eingetretene psychische Störung gestattete eine weitere Behandlung zunächst nicht. Die Tracheoskopie zeigte eine Narbe zwischen Trachealfistel und Larynx; Exzision derselben, danach Dilatationsbehandlung mit Schrötter'schen Hartgummibougies, die nach $2^1/_2$ Monaten das Dekanülement ermöglichte. Seitdem 1mal wöchentlich Bougierung. Die Trachealfistel ist geschlossen; Pat. atmet vollkommen frei.

Fall 3: Bei dem 17jährigen Manne war die prophylaktische Tracheotomie zwecks Oberkieferresektion wegen Tumor gemacht worden. 2 Monate post operat. Erstickungsanfall, der die Retracheotomie erfordert. Danach war es nicht möglich zu dekanülieren, und zwar zeigte die Tracheoskopie einen Granulationsknopf am oberen Winkel der Tracheotomiefistel, darunter eine zweite Stenose durch Narbe. Entfernung der Granulation und Dilatation mit Schrötter'schen Bougies. Nach $1^1/_2$ Monat Entfernung der Kanüle und einmal wöchentliche Bougierung. Pat. atmet frei, die Trachealfistel ist geschlossen.

Auf Grund dieser drei vorgestellten Fälle empfiehlt M. nach Feststellung von Sitz, Ausdehnung und Natur der Verengerung, möglichst auf endotrachealem Wege

Granulationen zu entfernen, Narben, wenn die Trachealwand erhalten, zu exzidieren, event. Stücke der Knorpelringe, welche in das Lumen hineinragen, zu resezieren und dann erst die Dilatation einzuleiten. Die Resektion der Trachea event. mit nachfolgender Plastik ist indiziert, wenn die Trachealwand selbst in größerer Ausdehnung verändert ist. Für hochsitzende Stenosen ist die Dilatation mit O'Dwyer-schen Tuben oder Schrötter'schen Zinnbolzen am geeignetsten; die Anwendung von Schornsteinkanülen hat M. nicht zum Ziele geführt. Für tiefer sitzende Stenosen und bei besonderer Reizbarkeit sind die Schrötter'schen Bougies, denen man leicht die geeignete Form geben kann, zu empfehlen. Auch bei veralteten Fällen solle man es, wie die erfolgreich behandelten Fälle 1 und 2 lehren, mit dieser konservativen Methode versuchen.

5) Herr L. Michaelis: Experimentelle Untersuchungen zur Übertragbarkeit des Mäusekrebses.

M. berichtet über die Krebsübertragungsversuche an Mäusen, welche er in dem Institut für Krebsforschung ausgeführt hat. Der Krebs ist bei den Mäusen eine nicht sehr seltene Erkrankung, sowohl bei weißen wie grauen Mäusen. Im Laufe von $1^1/_2$ Jahren sammelte Verf. im ganzen 15 Mäuse mit spontan entstandenem Krebs, 10 weiße und 5 graue. Der histologische Bau der Geschwülste ist verschieden; es fanden sich einfache, alveoläre oder tubuläre Karzinome, Adenokarzinome und eine dritte Art, von denen eine endotheliale Herkunft behauptet wird. Die Geschwülste sitzen stets subkutan und sind als prominente, bis über walnußgroße Tumoren von außen sichtbar. Sie rezidivieren nach unvollständiger Exstirpation, machen mitunter Metastasen in der Lunge, brechen durch die Haut durch und ulzerieren; ihnen fehlt aber ein eigentliches infiltrierendes Wachstum. Durch Übertragung kleiner Geschwulstpartikel auf andere Mäuse lassen sie sich überimpfen, aber immer nur auf Mäuse je der gleichen Rasse: weiß auf weiß, grau auf grau. Ein außer den genannten 15 Mäusen von C. Jensen aus Kopenhagen erhaltener Impfkrebs ließ sich nur auf Kopenhagener, nicht auf Berliner weiße Mäuse übertragen. Die Impftumoren haben genau die gleichen Eigenschaften wie die primären. Die Übertragung der Geschwulst auf andere Individuen vollzieht sich in der Weise, daß die Proliferation allein von den übertragenen Zellen des Primärtumors ausgeht. Eine eigentliche »Infektion« der neuen Maus findet nicht statt, die neue Maus gibt zu dem Impftumor nur Bindegewebe und Blutgefäße. Vortr. demonstriert ca. 20 lebende Mäuse und 12 in toto konservierte Mäuse mit Impfkrebs, sowie mikroskopische Präparate vom Bau der Primär- und Impfgeschwülste und von der Entwicklung der letzteren.

6) Herr Exz. v. Bergmann: Fälle von Knochentumoren.

a. v. B. zeigt einen 62jährigen Mann, bei dem sich im Laufe der letzten 20 Jahre an der hinteren Fläche der Tibia in der Nähe der oberen Epiphyse, wo die kartilaginären Exostosen häufig sind, ein großer knochenharter Tumor entwickelt hat. Das Röntgenbild zeigt einen von spongiösem Knochengewebe gebildeten, gestielten Tumor, in dem dunkle Stellen auf eine Erweichung oder auf Einsprengung von Knorpel hinweisen. Einsprengung von Knorpelgewebe in Exostosen hat v. B. häufig beobachtet. Auch die gewöhnlichen Exostosen enthalten oft versprengte Knorpelstückchen, wie eine kürzlich durch Operation entfernte, demonstrierte Exostose zeigt, welche in ihrer Mitte einen Herd petrifizierten Knorpels aufweist.

b. Demonstration eines Pat., bei welchem vor einiger Zeit von anderer Seite ein zentrales Knochensarkom der Tibia ausgeschält worden ist mit Resektion der Tibia bis auf eine schmale Spange zwischen dem gesunden zentralen und peripheren Ende des Knochens (Röntgenbild). Bald nach der Heilung der Wunde kam es zu einer Fraktur in dieser Spange, und anschließend hat sich sehr schnell ein lokales Rezidiv des Tumors entwickelt, das im Röntgenbilde demonstriert wird.

7) Herr Bockenheimer: Osteomyelitis capitis.

Bei dem demonstrierten Pat. hat sich im Anschluß an eine Schädelverletzung eine Osteomyelitis im linken Schläfen-, Scheitel-, Stirn- und Hinterhauptsbein ent-

wickelt. 14 Tage nach dem Unfalle hatte sich an der Stelle der Verletzung ein Abszeß gezeigt, der von dem zuerst behandelnden Arzt eröffnet wurde. Die Verschlimmerung des Leidens mit Auftreten von Kopfschmerzen, Schüttelfrösten, Ödem, Hirndruck, Neuritis optica veranlaßte die Überweisung des Kranken und machte eine ausgedehnte Freilegung der linken Schädelhälfte notwendig; dabei fand man eine Fissur im Os parietale; an verschiedenen Stellen drang aus den genannten Knochen Eiter hervor; Abmeißelung der Tabula externa bis in den gesunden Knochen. Am Os parietale fand sich ein fünfmarkstückgroßer Sequester der Tabula interna; daselbst war auch die Dura schmierig belegt. Von den gesunden Stellen der Dura wurde das Hirn mit negativem Erfolge punktiert. Die Hirnerscheinungen bildeten sich nach der Operation alsbald zurück; nachträglich stieß sich eine größe Anzahl von Sequestern ab, und die Heilung erfolgte langsam ohne weitere Störungen. Später wurde noch eine plastische Deckung des Defektes im Seitenwandbeine durch einen König-Müller'schen Lappen von der Stirn her gemacht. Nachdem danach noch einmal eine Abstoßung von Sequestern vom Seitenwandbeine her erfolgt war, ist Pat. seit ca. 1 Jahr geheilt und beschwerdefrei.

8) Herr Lexer: Schwere komplizierte Schädelfraktur mit nachfolgendem Hirnabszeß.

Der jetzt als geheilt vorgestellte Pat. war von einem eisernen Träger am Hinterhaupte verletzt worden und beim Fallen gegen einen anderen eisernen Träger mit der Stirn aufgeschlagen. Er hat dabei eine komplizierte Fraktur quer über das Hinterhauptbein und eine zweite des Stirnbeines erlitten. Er soll sich mehrere Wochen in bewußtlosem resp. benommenem Zustande befunden haben und war mit Jodoformgaze verbunden worden; dabei war die komplizierte Fraktur an der Stirn geheilt. Von der Frakturstelle des Hinterhauptes stießen sich im Laufe der nächsten Monate mehrere Sequester ab. Da die Wunde spontan nicht heilte, erfolgte die Überweisung in die Klinik $^5/_4$ Jahr nach der Verletzung. Es bestand eine pulsierende fistulöse Narbe am Hinterhaupte, welche die Kopfhaut stark eingezogen hatte. Die Fisteln wurden gespalten, die nekrotischen Knochenstücke entfernt; die Kopfhaut wurde breit vom Schädel gelöst im Zusammenhange mit dem Periost und, unter Periostverlagerung über den Knochendefekt, vereinigt. 2 Monate später traten Hirndruckerscheinungen auf, welche auf einen Hirnabszeß hinwiesen. Die Narbe wurde wieder geöffnet; in der Tiefe des linken Occipitallappens wurde Eiter gefunden und eine große Menge davon entleert. Nach 4 Wochen war Pat. geheilt. Als Ausfallserscheinungen der Verletzung sind zurückgeblieben: rechtsseitige Hemianopsie, linksseitige Facialis- und Acusticuslähmung, rechtsseitige Olfactoriuslähmung.

9) Herr Coenen: Über Endotheliome.

Endotheliome diagnostizierte man früher stets, wenn karzinomähnliche Geschwülste im Innern eines Organes ohne nachweisbaren Zusammenhang mit einwandfreien Epithelien entstanden. Die Forschung hat aber gezeigt, daß solche Tumoren, z. B. die Parotistumoren, bestimmte Gaumentumoren, das Cholesteatom, vielfach aus abgesprengten embryonalen Epithelkeimen entstanden und somit einen Zusammenhang mit dem normalen Oberflächenepithel nicht haben konnten. Auch für die Hautendotheliome ist die epitheliale Genese erwiesen worden. Borrmann hat vor allem ihre kongenitale Anlage aus verlagerten Keimzellen des Rete Malpighii ins Corium begründet. Auf diese Weise können einfache Basalzellenepitheliome entstehen oder Epitheliome, die Drüsen- oder Haarbalgstruktur haben, die also von abgeschnürten Drüsen- oder Haarbalgkeimen entsprungen sind. Solche Tumoren werden demonstriert: zwei Cystepitheliome von der Nase, ein Trichoepitheliom der Nasolabialfalte, ein Adenokarzinom der Oberlippe, abgeschnürt aus Speicheldrüsenresten der Lippenschleimhaut, zwei Zylindrome der Stirn, die sicher Adenome sind, entwickelt aus einem kongenitalen Keim von der Thränendrüse oder einer Hautschweißdrüse her. Interessant und beweisend für das tatsächliche Vorkommen abgeschnürter Gewebskeime ist ein Präparat von einem Fibroma pendulum des Kinnes, in dem ein isolierter proliferierender Epithelhaufen gefunden wurde. Schließlich zeigt C. ein Hautkarzinom in Spontanheilung, das Epithel-

gewebe nekrotisch, anämisch, nicht mehr färbbar, am Rande von zahlreichen Riesenzellen umgeben, die bestrebt sind, das abgestorbene Karzinomgewebe fortzuschaffen.

10) Herr Schultze: Die Serodiagnostik der Staphylokokkenerkrankungen.

S. berichtet über mit Bruck und Michaëlis angestellte Versuche zur Serodiagnostik der Staphylokokkenerkrankungen. Die Untersuchungen gehen von dem Gedanken aus, ähnlich der Gruber-Widal'schen Methode die biologischen Eigenschaften auch der verschiedenen pyogenen Krankheitserreger zur Differentialdiagnose in schwierigen Fällen zu verwerten, bei bakteriellen entzündlichen Tumoren sowohl zur Differenzierung untereinander als gegenüber den soliden Geschwülsten. Für die Staphylokokkenerkrankungen ist eine solche Methode fertig ausgearbeitet. Das gesuchte Diagnostikum fand sich in der Beobachtung des Antistaphylolysingehaltes, d. h. des durch die Hämolysinbildung der im Körper angesiedelten Staphylokokken hervorgerufenen spezifischen Antitoxins, dessen Höhe bei spezifisch Erkrankten auf das 10—100fache steigt. Bezüglich der Einzelheiten der Methodik wird auf die Mitteilung in der Zeitschrift für Hygiene hingewiesen. Der positive Ausfall der Untersuchung spricht unbedingt für Staphylokokkenerkrankung.

Richard Wolff (Berlin).

22) Sammelbericht über die Röntgenbehandlung von chirurgischen und Hautkrankheiten im Jahre 1904.

(Fortsetzung und Schluß.)

Älter noch als die Verwendung der Röntgenstrahlen für die Behandlung der Krebse ist ihre Anwendung zur Beeinflussung von Sarkomen. Zuerst von amerikanischen Chirurgen wurden Erfolge derart mitgeteilt. Entsprechend dem nicht so häufigen Auftreten dieser Geschwülste sind auch die Berichte über ihre Behandlung durch Röntgenstrahlen viel seltener. Jedoch ist auch im Jahre 1904 von deutschen, englischen, amerikanischen ganz besonders und von französischen Berichterstattern häufig genug über ihre Anwendung, gerade auch bei inoperablen und rasch wachsenden Geschwülsten derart berichtet. Sowohl Spindel- wie Riesenzellen-, und ganz besonders kleinzellige Sarkome sind mit Erfolg bestrahlt. Einzelne Berichterstatter melden allerdings auch Rückfälle. Bei den Sarkomen schien der Sitz ziemlich gleichgültig; auch Knochensarkome wurden teilweise günstig beeinflußt. Einigemal wurden erst die Haut und sonstige über der Geschwulst gelegene Teile gespalten, um die Geschwulst der Behandlung zugänglicher zu machen. Über einen schweren, wiederholt erfolglos operierten Kranken mit kleinzelligem Sarkom des Oberkiefers berichtete Béclère in dem Arch. d'électricité méd. Gleichzeitig mit der Bestrahlung wurden Chinineinspritzungen angewandt, welchen Béclère eine Steigerung der Wirkung der Röntgenstrahlen vielleicht durch Fluoreszenz (?) zuschreibt. Andere Beobachter wollen durch gleichzeitige Arsendarreichungen bessere Erfolge als durch Bestrahlung allein erzielt haben und erklären dies aus einer das Zellenleben im allgemeinen schädigenden Wirkung des Arsens. Chrysopathes beschrieb in der Münchener med. Wochenschrift ein schweres, die ganze Beckenhöhle ausfüllendes Sarkom, welches durch Bestrahlung völlig zum Schwinden gebracht wurde. Er wie viele andere stellte die Diagnose auch histologisch fest. Coley spricht sich dagegen sehr ungünstig über die Sarkombehandlung mit Bestrahlung aus; er hat keinen dauernd günstig beeinflußten Fall gesehen. Im ganzen ist aus den Mitteilungen der Schluß zu ziehen, daß eine Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Sarkome im Sinn einer Zerstörung der Geschwulstzellen stattfindet, daß aber die Endergebnisse noch nicht derart sind, daß Operationen überflüssig erscheinen; vielmehr sind auch bei diesen Geschwülsten nur die inoperablen Gegenstand der ausschließlichen Röntgenbehandlung.

Über Röntgenbehandlung gutartiger Geschwülste — Fibrome, Myome, Adenome — ist nur sehr spärlich berichtet. Einwirkungen scheinen auch bei solchen zweifellos.



Eine sehr viel umfangreichere und anscheinend auch mehr Erfolg versprechende Anwendung fand die Röntgentherapie bei Hautkrankheiten. Daß bei solchen weit sicherere und schnellere Erfolge zu erzielen sind, geht schon aus der zu Anfang mitgeteilten Eigenschaft der Strahlen hervor, daß ihr größter Teil schon in der Haut absorbiert und nur eine geringe, noch dazu wenig chemisch wirksame Menge in tiefere Gewebslagen eindringt. Bei infektiösen Hautkrankheiten ist vielfach die Frage erörtert, ob die Strahlen direkt bakterientötend wirken. Die meisten Autoren haben eine solche Wirkung nicht beobachten können; daß trotzdem auch die infektiösen Hauterkrankungen günstig beeinflußt werden, schreiben manche dem Leukocytose erregenden Einfluß der Strahlen zu. Die vermehrte Leukocytenmenge vernichtet dann, nach dieser Ansicht, den Infektionserreger. Sehr ausführliche Angaben über die Behandlung der Hautkrankheiten finden sich bei Holzknecht. Bei vielen derselben genügt eine einmalige Bestrahlung, um Heilung zu erzielen, vorausgesetzt, daß die nötige Strahlenmenge verabreicht wird. So soll z. B. Sykosis und Favus mit einer einmaligen Bestrahlung heilbar sein. (Daß selbst jahrelang bestehende Sykosis schnell heilbar ist, kann Ref. aus eigener Erfahrung bestätigen.) Eine der interessantesten Verwendungen der Bestrahlung ist die zur Heilung der Mycosis fungoides, von welcher völlige Heilungen aus Amerika und Frankreich gemeldet werden; ebenso die Bekämpfung der durch Saccharomycesarten erzeuten Erkrankungen (»Blastomykose«). Fast alle Arten von Hauterkrankungen sind behandelt, z. B. die verschiedenen Lichenarten, chronische Ekzeme aller Art, trockene Flechten, Pruritus, Psoriaris; letztere soll bei sehr veralteten Fällen mit keinem anderen Mittel so schnell heilbar sein, allerdings auch nach Heilung ebenso wieder Rezidive geben wie nach Beseitigung mit anderen Mitteln. Selbst in der Kassenpraxis haben einzelne Ärzte das Mittel angewandt, da manche Erkrankungen schneller und ambulant damit zu beseitigen sind, während ihre anderweitige Behandlung unter Umständen lange Krankenhausbehandlung erfordert hätte. Lupus vulgaris und erythematodes scheint für die Röntgenbehandlung ebenfalls ein dankbares Objekt zu sein. Neuerdings namentlich mehren sich die Berichte über günstige Erfolge bei Lupus vulgaris, die namentlich auch schneller zu erzielen sein sollen als mit Finsenbehandlung. Lupus erythematodes wird schnell und gut beeinflußt (eigene Beobachtung, Ref.).

Ganz vereinzelte Mitteilungen liegen vor über Behandlung von Gelenkkontrakturen bei chronischem Rheumatismus und Gicht. Sie sollen sehr günstig durch die Bestrahlung beeinflußt sein, ebenso sollen Erfolge erzielt sein bei Gelenktuberkulose und tuberkulösen Lymphdrüsenschwellungen, jedoch sind die Mitteilungen über diese Anwendungsweise noch zu vereinzelt, um irgendwelche Schlüsse zu gestatten.

Je länger desto mehr stellen sich die Röntgenstrahlen als ein Heilmittel von großer Kraft heraus, welches sich bisher allerdings nur für einen verhältnismäßig beschränkten Kreis von Erkrankungen anwenden läßt, eine Beschränkung, die durch die Eindringungstiefe der Strahlen gegeben ist. Für manche inoperable, verzweifelte Fälle lassen sich noch recht gute Erfolge erzielen. Da wir erst im Anfange der Radiotherapie stehen, lassen sich für die Zukunft noch bessere Ergebnisse erhoffen. **Trapp** (Bückeburg).

23) **R. Abbe.** The subtle power of radium.

(New York med. record 1904. August 27.)

A. studierte die destruktiven Wirkungen des Radiums sowohl an den Wachstumsverhältnissen von Rübsamen, welcher vor dem Säen bestrahlt worden war, als auch an mikroskopischen Schnitten von behandelten Geschwülsten.

Auch auf Mehlwürmer war ein merkwürdiger Einfluß festzustellen, indem die Generationsfähigkeit aufhörte.

Abbildungen von einem mit Erfolg behandelten Epithelialkrebs des Ohres (6 Applikationen von 1 Stunde, Stärke: 300000) und einem Riesenzellensarkom des Unterkiefers werden gegeben. **Loewenhardt** (Breslau).

24) **Levy-Dorn.** Ein neues orthodiagraphisches Zeichenstativ.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 2.)

Verf. konstruierte ein neues Zeichenstativ, das sich neben einigen Neuerungen gegenüber den bisher üblichen Apparaten durch soliden Bau und universelle Anwendungsfähigkeit auszeichnet. Der Apparat wird geliefert von Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen. **Gaugele** (Breslau).

25) **Sträter.** Apparat zur Feststellung des Kopfes und der Gliedmaßen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 6.)

Verf. empfiehlt zur Röntgenphotographie an Stelle der viel gebrauchten Sandsäcke einen von ihm selbst konstruierten Apparat, welcher für alle Aufnahmen eine leichte und sichere Fixierung des betreffenden Gliedes gestattet. Der Apparat ist zu beziehen durch den Mechaniker Schäffer, Aachen, Jakobstraße 41.

Gaugele (Breslau).

26) **L. Arnsperger.** Endemisches Auftreten von myeloider Leukämie. (Aus der Heidelberger chir. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

Die Mitteilung betrifft elf Fälle von myeloider Leukämie, die fast zu gleicher Zeit in einen relativ kleinen Bezirk, im unteren Enztal auftraten; drei davon wurden in der chir. Klinik, die übrigen in den betreffenden Ortschaften beobachtet. Die Wasserversorgung der letzteren ist schlecht; früher kamen häufig Epidemien von Typhus vor, an welchem auch drei obiger Pat. erkrankt gewesen waren. Sämtliche Fälle zeichneten sich durch große Milzschwellung aus. — Auch A. vermutet, daß die Leukämie durch eine parasitäre Noxe hervorgerufen werde.

Kramer (Glogau).

27) **H. Arnsperger** und **M. Cramer.** Über die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen.

(Med. Klinik 1905. Nr. 5.)

Bei einer 36jährigen, an myeloider Leukämie (290000 Leukocyten) leidenden Pat. der Heidelberger med. Klinik wurden während etwa 4 Wochen in 20 Sitzungen Milzgegend, Brustbein, Oberarm- und Oberschenkelknochen bestrahlt. Erhebliche subjektive Besserung, fortschreitende Verkleinerung der Milz, Verringerung der Leukocyten bis auf 17000. **G. Schmidt** (Berlin).

28) **Meyer** und **Eisenreich.** Die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. (Aus der II. med. Klinik in München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 4.)

29) **Winkler.** Zur Technik der Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. (Aus dem Röntgenlaboratorium des Krankenhauses l. I. in München.)

(Ibid.)

30) **Wendel.** Zur Röntgenbehandlung der Leukämie. (Aus der chir. Univ.-Klinik zu Marburg.)

(Ibid.)

31) **Schieffer.** Weitere Beiträge zur Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. (Aus der med. Univ.-Klinik in Gießen.)

(Ibid.)

Die Verff. der oben genannten Arbeiten bestätigen durch Mitteilung einer Reihe neuer — im ganzen zehn — Fälle die Erfahrungen, welche die Behandlung

der Leukämie mit Röntgenstrahlen in der großen Mehrzahl (32) der bisher veröffentlichten, von Wendel tabellarisch zusammengestellten 36 Fällen ergeben hat. Das Allgemeinbefinden, sowohl das subjektive Befinden, als auch der allgemeine Kräfte- und Ernährungszustand, ferner die spezifisch-leukämischen Symptome wurden erheblich gebessert, die Schwellungen der Milz, Leber, Lymphknoten gingen fast immer zurück, die Leukocyten verminderten sich, und meist vermehrten sich die Erythrocyten und mit ihnen der Hämoglobingehalt. Indes traten nach Aussetzen der Behandlung in den von Wendel und in einem der von Schieffer mitgeteilten Fälle Rezidive ein; der letztere Fall verlief, aus der Behandlung wesentlich gebessert entlassen, sogar 14 Tage später unter stürmischen Erscheinungen tödlich.

In technischer Hinsicht ist aus der Winkler'schen Arbeit hervorzuheben, daß nur mittelweiche bis harte Röhren benutzt, die nicht bestrahlten Partien mit 0,5 mm dicken Bleiplatten sorgfältig abgedeckt, die bestrahlten ca. 14 Tage lang geschont und durch Anwendung des Holzknecht'schen Chromoradiometers die verbrauchte Strahlenmenge einigermaßen zu dosieren gesucht wurde. Hautverbrennungen wurden trotzdem in Winkler's beiden Fällen, wie auch in der Mehrzahl der anderen beobachtet, waren allerdings nur leichter Art.

Kramer (Glogau).

32) **A. Exner.** Über die bisherigen Dauerresultate nach Radiumbehandlung von Karzinomen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 379.)

E. berichtet über zwei mittels Radiumbestrahlung radikal geheilte Hautkarzinome der Wange aus der Wiener Klinik von Hochenegg.

Fall 1 betrifft eine 73jährige Frau, bei der die Geschwulst von der Schleimhautseite ausgegangen, durch die ganze Dicke der Backe durchgewuchert und schon etwas auf den Ober- wie Unterkiefer übergegangen war, so daß der Fall von zwei Chirurgen bereits als inoperabel angesehen worden war. Von Ende September bis Ende Oktober 1903 fast tägliche Bestrahlung, infolge deren das Geschwür sich verkleinerte und flachere, kürzere Ränder bekam. Es wurde nunmehr ausgeschabt, wobei der Grund des Geschwüres den Eindruck fibrösen Gewebes machte und wodurch eine ca. 2 cm tiefe Höhle entstand. Neue energische Bestrahlung auf der Innen- und Außenseite vom 5.—17. November, wonach die Wunde sich selbst überlassen wurde. Sie trieb gute Granulationen und war Mitte April 1904 mit einer derben, von zahlreichen Gefäßektasien durchzogenen Narbe auf der Wangenschleimhautseite vernarbt. Oktober desselben Jahres wurde noch völlige Rezidivfreiheit konstatiert.

In Fall 2 zeigte eine 42jährige Frau eine ca. hellerstückgroße, flache Geschwulst auf der rechten Backe, von Borken bedeckt, nach deren Entfernung ein kraterförmiges Geschwür mit wallartigen Rändern vorlag. Die Neubildung wurde nebst den angrenzenden Hautpartien $1/2$ Stunde lang bestrahlt. 14 Tage später liegt nur noch eine flache Ulzeration, keine Geschwulst mehr vor, die sich 9 Wochen nach der Bestrahlung in eine glatte, gut verschiebliche, wenig eingesunkene Narbe verwandelt hat. 1 Jahr später Rezidivfreiheit konstatiert.

Sodann veröffentlicht E. histologische Bilder, gewonnen von einer bestrahlten Hautkarzinomstelle, die metastatisch nach Adenokarzinom der Mamma entstanden war. Die Präparate zeigen, daß bereits 1 Woche nach der Bestrahlung eine starke Bindegewebsneubildung hervortritt. Erst 14 Tage nach der Bestrahlung gesellt sich hierzu eine Veränderung der Karzinomzellen (Vakuolenbildung). Das Zugrundegehen letzterer scheint wesentlich durch die angeregte Überproduktion des Bindegewebes neben stattfindenden Blutungen in das Gewebe bedingt zu werden.

Endlich beschreibt E. das von ihm zur Fassung des Radiumpräparates benutzte Bestrahlungsinstrument, in welchem nur 60 mg Radiumbromid eingefügt sind.

E. hebt in praktischer Beziehung die durch seinen Fall 1 belegte Wichtigkeit hervor, mürbe Geschwülste vor der Radiumbehandlung auszuschaben, damit letztere zu genügender Tiefenwirkung kommen kann.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).



33) C. W. Allen. High-frequency currents in the treatment of skin diseases.

(New York med. record 1904. Februar 20.)

A. hat eine ganze Reihe von Hautkrankheiten mit hochgespannten Strömen (Tesla, d'Arsonval, Oudin Piffard) behandelt und besonders bei Pruritus, chronischen Ekzemen und Lichen planus, sowie Herpes zoster Rückgang der nervösen Symptome bemerkt.

Er hält die Methode namentlich als Unterstützung bei der gewöhnlichen lokalen Behandlung für wertvoll.

Die Applikationen wurden verschieden ausgeführt und sind als 1) Autokondensation, 2) allgemeine Elektrisierung, 3) lokale Kontaktanwendung als direkte bipolare und als d'Arsonvalisation, und schließlich 4) als »Autokonduktion« beschrieben.

Loewenhardt (Breslau).

34) Coville (Orléans). Ankylose de l'épaule traitée par interposition musculaire. Rapport par M. Nélaton.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1185.)

Um ein bewegliches Gelenk bei möglichst geringfügiger Resektion von Knochen zu erzielen, interponierte C. bei einer Schultergelenkresektion wegen Ankylose ein Stück des Innenrandes des M. deltoideus zwischen Resektionsstumpf und Gelenkpfanne. Er erreichte ein befriedigendes Resultat, insofern seine Pat. den Arm wieder nach vorn und rückwärts bewegen und ihren Beruf als Korsettfabrikantin wieder aufnehmen konnte. Die Abduktion blieb beschränkt.

(Man kann demnach nicht sagen, daß das Resultat ein besseres war, als man es sonst auch ohne Muskelinterposition erzielt. Ref.)

Quénu und P. Delbet betonen in der Diskussion beide, daß ihre Resultate nach Schultergelenkresektion stets im gleichen Sinne zu wünschen übrig ließen: Vor- und Rückwärtsbewegung wurden gut, Abduktion und Rotation des Oberarmes blieben beschränkt.

Reichel (Chemnitz).

35) Quénu. De l'interposition des parties molles entre les surfaces osseuses dans les résections du coude pour ankyloses.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1124.)

Bei einem jungen Manne war es infolge eines schweren komplizierten Bruches des Oberarmes mit gleichzeitigem Bruch des Vorderarmes zu einer vollständigen Ankylose des Ellbogengelenkes mit Atrophie des ganzen Armes gekommen. Durch Resektion des Gelenkes und Interposition eines Stückes der Gelenkkapsel und Aponeurose zwischen Ober- und Vorderarm erzielte Q. ein gutes funktionelles Resultat: Beugung des Vorderarmes bis zum spitzen Winkel, gute, wenn auch nicht vollkommene Streckung, gute Pronation, dabei ziemliche Festigkeit des Gelenkes.

Reichel (Chemnitz).

36) H. Jacobsthal. Deformität des Vorderarmes bei erworbenem Radiusdefekte.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 554.)

J. berichtet aus der Göttinger Klinik drei Beobachtungen, wo in früher Jugend (2.—5. Lebensjahr) der Radius infolge von Tuberkulose oder Osteomyelitis größtenteils verloren gegangen war. Die nach 11—17 Jahren wieder zur Beobachtung gelangenden Pat. zeigten eine schwere und in ihrer Art ganz typische deformierende Wachstumsstörung des Vorderarmes, die genau beschrieben und photo- wie skiagraphisch abgebildet wird. Es handelt sich dabei um folgendes: 1) Verkürzung des Vorderarmes. 2) Verrenkungsstellung der Hand, die in Radialabduktion steht und radial sowie proximal verschoben ist. 3) Dorsalkonvexe Krümmung der Ulna. Im ganzen entspricht die Deformität sehr derjenigen bei kongenitalem Radiusdefekt. Auch nach disloziert geheilten Frakturen, traumatischer Epiphysenlösung, Rachitis,

Wachstumsstörung bei multipler Exostosenbildung kommen ähnliche Deformitäten vor. Ätiologisch ist besonders das verkrümmte Wachstum der Ulna von Interesse, welches darauf zurückzuführen ist, daß der Knochen auf seiner radialen Seite weniger stark wächst. Der Knochen muß sich dann ebenso krümmen wie ein aus zwei verschiedenen Metallen zusammengenieteter »Kompensationsstreifen«, wenn dessen Bestandteile sich in der Wärme verschieden stark ausdehnen (Helferich). Die Funktionsstörung bei den berichteten Beobachtungen war in zwei Fällen unbedeutend und bestand im wesentlichen in einer Beschränkung der Supination, sowie im Fehlen der Ulnarflexion. Im dritten Falle, wo die Radiusepiphyse fehlte, war sie stärker. In kosmetischer Hinsicht ist die Radialflexion der Hand besonders störend. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

37) **Suter.** Zur Kasuistik der Fingertumoren.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 3.)

S. beschreibt die Krankengeschichte eines 39jährigen Pat., der eine Geschwulst am linken Daumen besaß, welche ihm sehr viel Beswerden machte. Die Untersuchung des Präparates nach Exartikulation des zweiten Daumengliedes ergab eine ungleichmäßige mikroskopische Striktur. Stellenweise bestand das Bild eines reinen Fibroms, an anderen Partien fanden sich zahlreiche Zellen, so daß das Bild einen sarkomähnlichen Eindruck machte.

Verf. konstatiert aus der Literatur, daß Fingergeschwülste im ganzen selten sind, und daß man noch am häufigsten ein Sarkom findet. Besonders schmerzhaft sind die subungualen Geschwülste. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

38) **Keen and da Costa.** A case of interilioabdominal amputation for sarcoma of the ilium, and a synopsis of previously recorded cases.

(Internat. clinics Vol. IV. 13. ser.)

Ausführlicher Bericht über einen Fall von Entfernung des linken Beines samt dem größten Teile der linken Beckenhälfte wegen Osteosarcoma pelvis. Tod nach 33 Stunden.

In einer Tabelle werden die 19 bisher veröffentlichten Fälle zusammengestellt mit 6 Heilungen und 13 Todesfällen. Auch die bisher angewandten Operationsmethoden werden beschrieben und die neue, von K. angewandte, näher erläutert. **W. v. Brunn** (Rostock).

39) **Köhler.** Röntgenbefund der Hüften bei multiplen cartilaginären Exostosen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 1.)

Verf. beschreibt zum ersten Male einen Fall von multiplen cartilaginären Exostosen der Hüften. Der Kranke war viele Jahre lang von Autoritäten wegen Ischias vergeblich behandelt worden, obwohl das Krankheitsbild nur wenig dem der Ischias entsprach. Erst das Röntgenbild verschaffte Klarheit. Zu gleicher Zeit wurden auch am Knie und an den Vorderarmen des Pat. verschiedene cartilaginäre, dornenähnliche Exostosen festgestellt. **Gaugele** (Breslau).

40) **G. Houzel.** De l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne dans les ankyloses vicieuses de la hanche et de l'ostéotomie du genou pour ankyloses angulaires.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique 1904. Nr. 8.)

Nach einem kurzen historischen Überblick von Rhea Barton (1827) bis auf die Neuzeit stellt H. 16 Krankengeschichten aus der Literatur zusammen. Eine eigene Beobachtung bezieht sich auf eine 35 Jahre alte Dame, bei welcher Verf rechterseits die Osteotomia obliqua subtrochanterica', linkerseits die keilförmige Osteotomie des Knies machte. Er erzielte ein sehr gutes Resultat. Sodann folgt eine kritische Besprechung der lineären, keilförmigen, trapezoiden und anderer

Operationsverfahren an der ankylosierten Hüfte. H. spricht sich für die freien, offenen Methoden aus, die subkutanen verwirft er, ebenso die Osteoklasie. Er gibt der schrägen Durchtrennung des Femur vor allem anderen den Vorzug, weil sie die beste Korrektur ermöglicht, die größten Kontaktflächen der Knochen gewährt und die größtmögliche Schiebung der Knochenstücke gegeneinander zuläßt.

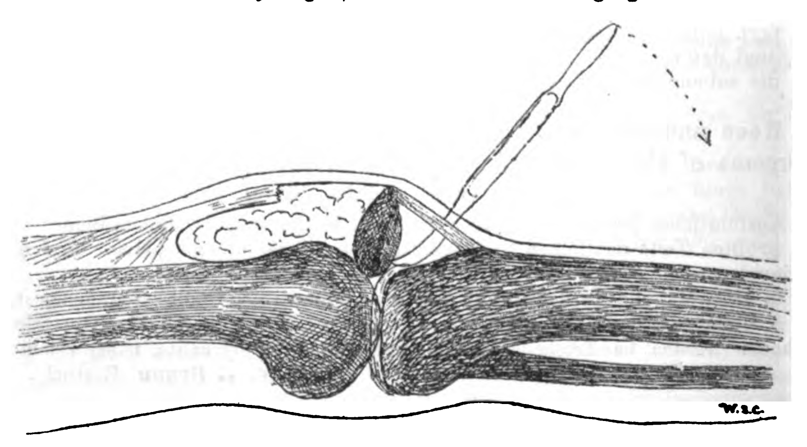
Am Knie scheint ihm die Keilexzision das beste Verfahren.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

41) **Cheesman.** Dislocations of the patella with rotation on its horizontal axis.

(Annals of surgery 1905. Nr. 1.)

Bei Verrenkung und Drehung der Kniescheibe um ihre senkrechte Achse kann sich dieser Knochen um 90° drehen oder um 180°. Im ersteren Falle steht gewöhnlich ein Seitenrand in der Grube zwischen Oberschenkel und Schienbein, im letzteren sieht die knorpelige Fläche der Kniescheibe direkt nach vorn. Seltener sind die Verrenkungen und Drehungen um die horizontale Achse; C. vermochte nur fünf Fälle davon in der Literatur zu finden. Eine sechste von ihm selbst beobachtete derartige Verletzung beschreibt er in der vorliegenden Arbeit. Es handelte sich um einen 13jährigen, aus einem Eisenbahnzuge gestürzten Knaben.



Die um ihre horizontale Achse nach abwärts gedrehte Kniescheibe war zwischen Oberschenkel- und Unterschenkelknochen so fest eingekeilt, daß sie ohne operativen Eingriff nicht zu reponieren war. Aber auch dieser hatte nur dadurch Erfolg, daß ein starkes Messer nach Aufklappen des Gelenkes unter die Patella gesetzt und stark hebelnd nach abwärts gedrückt wurde. Das Heilungsresultat war ein recht günstiges bezüglich der späteren Funktion des Beines. Die übrigen in der Literatur vorhandenen fünf Fälle dieser Verletzung werden vom Verf. kurz in der Arbeit besprochen. Er bezeichnet diese Art Verletzungen als Verrenkung der Kniescheibe nach abwärts mit Drehung um ihre horizontale Achse. **Herhold** (Altona).

42) **Rocher et Saucet.** A propos de la pseudo-tumeur blanche dans l'hérédo-syphilis tardive.

(Gaz. hebdom. de Bordeaux 1904. Nr. 39.)

Verff. beobachteten bei einem 12jährigen hereditär-luetischen Knaben eine Osteoarthritis des Kniegelenkes, welche sich nach einem Fall im Laufe von 6 Jahren entwickelt hatte, vollkommen einem tuberkulösen Tumor albus glich und von verschiedenen Seiten als Tuberkulose behandelt worden war; jedoch wiesen die sonstigen luetischen Zeichen mit Sicherheit auf den wahren Ursprung hin. Bemerkenswert war die Hypertrophie der Epiphysenenden, welche außer der Verdickung auch

eine Verlängerung des Beines herbeigeführt hatte, ein bei Lues seltenes Vorkommnis. Unter antiluetischer Behandlung verschwanden die Verdickungen der Synovialis, und die Erkrankung ging in den Typus der luetischen Arthritis deformans über. **Mohr** (Bielefeld).

43) **J. H. Ray.** A case of enchondroma of the patella.

(Lancet 1905. Januar 21.)

Bei einem 9jährigen, sonst gesunden Knaben bildete sich nach einem Stoß gegen das linke Knie im Laufe von 3—4 Monaten eine Geschwulst am äußeren oberen Rande der Kniescheibe; gleichzeitig bestand ein Erguß des Gelenkes. Die Operation ergab ein Enchondroma patellae von $9^1/_2$ cm Durchmesser, welches mit Knochenzange und Hohlmeißel entfernt wurde. Jetzt, nach 7 Monaten, keinerlei Rezidiv und gute Beweglichkeit des Knies. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

44) **A. Sachs.** Ein seltener Fall von Tibiafraktur. (Absprengungsfraktur aus dem distalen Ende der vorderen Tibiakante.)

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 365.)

Der Verletzte stand 2 m hoch auf einer Leiter. Diese rutschte aus, und er stürzte mit ihr zu Boden, kam aber zwischen die Sprossen auf beide Füße zu stehen. Die hierbei erworbene Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Fußgelenkes wurde mit Umschlägen und festem Verbande behandelt, indes bestanden $3^1/_2$ Monate später trotz gymnastischer Nachbehandlung noch folgende Störungen: Behinderte Plantarflexion und Flexion der Zehen, vermehrte Wölbung des Fußes. Weichteilschwellung vorn und hinten am Fußgelenke bei normaler Konfiguration der Knöchel. Röntgen gab folgende Aufklärung: es ist ein dreieckig-keilförmiges Stück aus dem unteren lateralen Ende der Tibia am Fußgelenk ausgesprengt und in nach vorn und außen dislozierter Stellung angeheilt (vgl. fünf skiagraphische, gut erläuternde Figuren). Durch das abnorme Vorspringen dieses Bruchstückes nach vorn werden die vor dem Talocruralgelenk laufenden Sehnen abnorm gespannt und relativ verkürzt, so daß sie der Plantarflexion des Fußes hemmend begegnen und der Tibialis anticus stärker wölbend wirkt. Der mechanische Entstehungsvorgang bei der Verletzung wird in einem Aufschlagen des stark dorsalflektierten Fußes auf den Erdboden zu suchen sein, wobei der nach oben drückende Talushals gegen die Gelenkfläche der Tibia sich aufdrängte. In den kurz angezogenen, spärlichen (fünf), bekannten Parallelfällen scheint die Ätiologie ähnlich gewesen zu sein.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

45) **Johnston.** Complete removal of the shaft of the tibia for osteomyelitis, with restoration of the bone.

(Buffalo med. journ. 1905. Januar.)

J. berichtet über sechs Fälle von vollständiger oder fast vollständiger, meist sekundärer subperiostaler Entfernung der Tibia nach akuter Osteomyelitis. Aus den Krankengeschichten der zum Teil nach Jahren nachuntersuchten Fälle und den beigegebenen Photographien und Röntgenbildern erhellt, wie vollkommen die Neubildung der Tibia nach Länge und Form vom Periost aus erfolgen kann, und wie dementsprechend auch die spätere Funktion ausgezeichnet sein kann. Verkürzung und Deformität wurden nur in Fällen beobachtet, wo die Epiphysenlinien zerstört waren und mit fortgenommen werden mußten. Bei sämtlichen Pat., alles Knaben von 5—13 Jahren, wurde eine kompensatorische Hypertrophie der Fibula beobachtet. (10 Abbildungen.) **Mohr** (Bielefeld).

46) **Monro.** Two cases of muscular atrophy of the peroneal type.

(Glasgow med. journ. 1905. Januar.)

Mit Bezugnahme auf das von Charcot und Marie einerseits und Tooth andererseits 1886 publizierte Krankheitsbild der juvenilen familiären progressiven Muskelatrophie, als deren Ursachen nicht zentrale, sondern periphere Störungen

anzusehen sind, berichtet M. über zwei Fälle eigener Beobachtung, Geschwister von 10 bezw. 13 Jahren, Schwester und Bruder. Bei letzterem trat eine zunehmende Peroneusparese ohne vorangegangene Krankheit im 5. Lebensjahre auf, bei ersterer im 3. Lebensjahr in gleicher Weise, hier aber nach Masern.

Die Affektion war beide Male doppelseitig.

Über die Therapie ist nichts erwähnt. **W. v. Brunn** (Rostock).

47) **Auban.** Fracture oblique, isolée et abritée de l'astragale sans luxation.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1905. Nr. 1.)

Nach einem Sprung entstand bei einem Unteroffizier eine Anschwellung des rechten Fußgelenkes, ohne daß abnorme Stellung oder Krepitation nachzuweisen war. Unter Ruhe und Massage schwanden die schmerzhaften Erscheinungen, doch vermochte der Verletzte nur mit leichter Equino-varus-Stellung zu gehen. Erst nach einigen Monaten konnte ein Röntgenbild gemacht werden, und da zeigte sich, daß es sich um einen Schrägbruch des Sprungbeines handelte, der den Hals und den Körper des Talus trennte. Die beiden Bruchstücke waren nach vorn und hinten etwas auseinander gewichen; in der hierdurch entstandenen Vertiefung standen die Unterschenkelknochen. Da die Gelenkfläche des Sprungbeines unversehrt geblieben war, konnte der Fuß in normaler Weise gebeugt und gestreckt werden; der Verletzte konnte ganz gut gehen, nur belastete er mehr den äußeren Fußrand als den inneren. Verf. glaubt, daß die Fraktur durch Einwirken des Körpergewichtes auf den Talus bei Auswärtsrotation des Fußes zustande gekommen sei. Von einem chirurgischen Eingriffe wurde Abstand genommen.

Herhold (Altona).

48) **Demoulin.** Luxation cunéo-scaphoïdienne et cuboïdo-calcanéenne.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1209.)

Dem Pat. D.'s war das Rad eines schwer bepackten Wagens über den Fuß gegangen. Die Verletzung wurde im Anfange verkannt. Durch Skiagraphie stellte D. nach mehreren Wochen fest, daß es sich um eine Verrenkung der drei Keilbeine und des Würfelbeines (gegenüber dem Kahnbein und Fersenbein) nach außen handelte, ohne daß die verrenkten Knochen auf der Dorsal- oder Plantarseite des Fußes irgendwie vorragten. Ein erbsengroßes vom ersten Keilbein abgerissenes Knochenstückchen war am Kahnbein hängen geblieben. Die Achse des Metatarsus bildete mit der rechten des Tarsus einen nach innen offenen stumpfen Winkel, dessen Scheitel dem äußeren Rande des Würfelbeines entsprach.

Reichel (Chemnitz).

49) **P. Delbet.** Arthrodèse de l'articulation médio-tarsienne.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1207.)

Bei einem 16jährigen Manne, der seit 2 Jahren an sehr heftigen Tarsalgien litt, keinen Plattfuß, nur einen geringen Grad von Pes valgus hatte, dessen Füße aber durch Kontrakturstellung völlig unbeweglich geworden waren, entschloß sich D., nachdem alle anderen üblichen Behandlungsmethoden im Stiche gelassen hatten, das schmerzhafte Gelenk zwischen Calcaneus und Cuboideus durch Arthrodese zu versteifen. Das Resultat dieser zunächst am rechten Fuß ausgeführten Operation war zwar kein vollkommenes, aber doch so befriedigend, daß Pat. selbst die Operation auch am anderen Fuße wünschte. An diesem beschränkte D. den Eingriff nicht auf das genannte Gelenk, sondern dehnte ihn auf das ganze Chopart'sche Gelenk aus. Der Erfolg war zunächst ein sehr guter. (Die bis zur Zeit der Veröffentlichung verstrichene Frist war freilich viel zu kurz — erst 6 Wochen —, als daß man von Radikalheilung reden darf.) **Reichel** (Chemnitz).



50) **G. Fischer.** Zur Luxation der Keilbeine.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 438.)

F. beobachtete im Stadt-Hannoverschen Krankenhause in Linden bei einem 55jährigen Schlosser eine Verrenkung des linken I. Keilbeines nach oben und innen. Pat. ging in weichen Pantoffeln eine Treppe hinab, trat auf die Kante der drittletzten Stufe und glitt aus. In demselben Augenblicke, wo er eine Anstrengung machte, um nicht zu fallen, und schließlich noch das Geländer faßte, hatte er einen starken Schmerz mit Wärmegefühl am linken Fuß und konnte nicht auftreten. Die Reposition der leicht erkennbaren Verrenkung, versucht mittels Plantarflexion, Abduktion und Daumendruck, mißlang. Als nach 8tägiger Hochlagerung und Eisapplikation ein zweiter Repositionsversuch wieder mißlang, wurde das I. Keilbein exstirpiert. Es folgte eine intensive Phlegmone, die, vielfache Inzisionen erfordernd, erst nach 3 Monaten ausheilte. Indes ergab eine 7 Jahre später erfolgte Nachuntersuchung, daß das Endresultat gut geworden war. Pat. hatte einen vorzüglich funktionierenden Fuß und war völlig arbeitsfähig.

Keilbeinverrenkungen sind recht selten. F. stellt 26 Fälle zusammen. Am häufigsten verrenkt das I. Keilbein, etwa in der Hälfte der Fälle. Es folgen das I. mit dem Metatarsus, das II., während andere Verrenkungsformen nur in Einzelbeobachtungen vorliegen. Die Verletzung kann durch direkte und indirekte Gewalt erfolgen; eine Rolle spielt bei ihr der M. tibialis anticus, dessen Sehne sich am I. Keilbein ansetzt und dessen Zug die Verrückung dieses Knochens begünstigt. Besonders interessant ist die Entstehung der Verrenkung durch unvermutetes Tiefertreten, wovon vier Fälle bekannt geworden sind. Der Kranke hält, um sich beim Ausgleiten nach vorn vor einem Falle zu schützen, instinktmäßig den Körper zurück, wobei das Körpergewicht auf den Tarsus drückt und ihn fixiert. Gleichzeitig sucht die Fußspitze nach einem Stützpunkt auf dem Boden, indem der Vorfuß eine möglichst starke Plantarflexion macht. Hierbei reißen die Dorsalbänder ein, der Tibialis anticus zieht scharf an, und die Verrenkung erfolgt. Fast immer handelt es sich um Verrenkungen nach oben oder oben und innen. Die Reposition mißglückte etwa in der Hälfte der Fälle. Plantarflexion und Druck, sodann auch nach Busch ein Klaffendmachen der Lücke, aus der das betreffende Keilbein entwichen ist, dienen der Reposition. Bei mißlingender unblutiger Reposition könnte solche auf blutigem Wege versucht werden. In veralteten Fällen können die Gehbeschwerden, zumal bei gutem Schuhwerk, erträglich sein. Eine Keilbeinexstirpation ist außer von F. auch von Nélaton gemacht.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

51) **Cramer.** Metatarsus varus congenitus.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 3.)

Verf. beschreibt eine Verbiegung der rechten Mittelfußknochen nach innen und unten. Der Metatarsus I ist normal, nur im Gelenke mit dem Cuneiforme I medianwärts subluxiert. Metatarsus II—V sind nicht, wie es der Norm entspricht, gerade Knochen, sondern bilden einen nach oben und außen konvexen Bogen. Ihre distalen Köpfchen mit den Zehen sind hierdurch der Mittellinie in abnorm auffälliger Weise genähert. Ferner verlaufen die Mittelfußknochen in ihrer peripheren Partie nicht parallel, sondern weichen fächerförmig auseinander.

Die Ätiologie dürfte sich mit derjenigen der kongenitalen Klumpfüße ungefähr decken.

Da eine derartige Abbiegung des Mittelfußes nach innen bisher als eigenartige angeborene Mißbildung kaum beschrieben ist, sondern nur im Gefolge von Genu valgum und angeborenen Fußdeformitäten, so schließt Verf. daraus, daß sie sehr selten und praktisch ohne Interesse ist.

(Bei einem Falle von Fraktur des Metatarsus V konnte Ref. dieselbe Abbiegung des Metatarsus beobachten.

Hartmann (Kassel).

Zur Polemik des Herrn Dr. A. Freudenberg und Dr. Lohnstein über ein neues Ureterenkystoskop.

Von

Dr. **A. Bremer,** Linz a. D.

Herr Dr. Freudenberg schreibt in seiner Erwiderung gegen Herrn Dr. Lohnstein in Nr. 10 d. Bl.:

»Konstatiere ich außerdem noch, daß weder Lohnstein, noch sonst jemand jemals etwas über ein Ureterenkystoskop publiziert hat, bei dem das Prinzip aufgestellt und verwirklicht ist, die Ureterenkatheter auf der der Konvexität des Schnabels entsprechenden Seite des Schaftes heraustreten zu lassen (NB. das ist das Wesentliche meines ersten Prinzipes!), so darf ich wohl Lohnstein's Prioritätsreklamation mit aller Berechtigung zurückweisen.«

Zufällig ist das erste Ureterenkystoskop, welches Instrumentenmacher Leiter in Wien nach meinen Angaben konstruiert hat, genau nach dem genannten Prinzipe gebaut, und Herrn Freudenberg ist die Abbildung in Leiter's Katalog vom Jahre 1889, sowie die Beschreibung desselben bei Leop. Casper: Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren, Berlin 1896 und an verschiedenen anderen Stellen, z. B. bei Mainzer, Berliner klin. Wochenschrift 1896 Nr. 49 oder Kolischer und Schmidt, The journ. of the amer. med. assoc. 1901 entgangen.

Diese Form des Ureterenkystoskops, bei der der Ureterenkatheter auf der der Konvexität des Schnabels entsprechenden Seite des Schaftes heraustritt, ist somit die älteste und der Zahl nach die erste gewesen (1888), also kein neues Prinzip mehr.

XXXIV. Kongreß

der

Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

26. bis 29. April 1905.

In Ergänzung des Einladungs-Rundschreibens vom 17. Januar 1905 und ohne dem ausführlichen und definitiven Programm vorzugreifen, welches vom 25. April ab in Berlin zur Verteilung gelangen wird, erlaube ich mir, den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur vorläufigen Orientierung folgendes jetzt schon mitzuteilen:

Je zu Beginn einer Sitzung wird eines der Hauptthemata behandelt werden. welche in dem Einladungs-Rundschreiben, als für die Diskussion geeignet, in Aussicht genommen worden sind, und zwar:

Mittwoch, 26. April, nachmittags: Das Thema der operativen Behandlung der Appendicitis.

Donnerstag, 27. April, vormittags: Das Thema der Nierendiagnostik und Nierenexstirpation.

Freitag, 28. April, vormittags: Das Thema der postoperativen Pneumonie.

Sonnabend, 29. April, vormittags: Das Thema der Behandlung der Patella-Fraktur.

Den Diskussionen gehen jeweils einleitende Vorträge voraus, für welche der Vorsitzende eine längere Redefreiheit gestattet hat; dann folgen die für die Diskussion angemeldeten Redner.

Ferner wird den Mitgliedern des Kongresses Gelegenheit geboten werden, das Bier'sche Verfahren der Stauungshyperämie in seiner Einwirkung auf

akut entzündliche Krankheitsprozesse während der Zeit vom 26.—29. April kennen zu lernen, indem Herr Bier sich bereit erklärt hat, eine genügende Anzahl von geeigneten Kranken in der von Bergmann'schen Klinik nach seiner Methode zu behandeln und zu demonstrieren; er erhält das Anfangs- und Schlußwort bei den wissenschaftlichen Verhandlungen des Kongresses.

Weitere Ankündigungen, welche auf die Tagesordnung gesetzt sind, betreffen die Gebiete der Hirnchirurgie, der osteoplastischen Operationen am Schädel und im Gesicht (Krönlein'sche Orbitalresektion), der Tracheo-Bronchoskopie nach Killian, der Lungen-, Leber-, Magen-, Darm-, Gallenwege-, Pankreas-Chirurgie. — Weiter wird die Rückenmarksanästhesie nach Bier zur eingehenden Besprechung gelangen; ebenso die Prostatektomie und die Pathologie und Chirurgie der Harnblasengeschwülste.

Damit auch bei diesen Vorträgen da, wo es wünschenswert erscheint, für die Diskussion genügend Zeit gewonnen werde, richte ich an alle Redner die dringende Bitte, die Bestimmungen der neuen Geschäftsordnung, insbesondere die in § 5 derselben normierte Redefrist, strikte beachten zu wollen. Um solches dem Redner zu erleichtern, wird von dem Vorsitzenden jeweils eine Minute vor Ablauf dieser Frist ein Mahnzeichen mit der Glocke gegeben werden.

Zum Schlusse bitte ich, Briefe und Zusendungen an mich vom 1. April ab an die beistehende Adresse (Prof. Dr. Krönlein, Savoy-Hôtel, Berlin N. W., Friedrichstraße 103) senden zu wollen.

Zürich, 22. März 1905.

R. U. Krönlein,
Vorsitzender für das Jahr 1905.

IV. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.

Dienstag, den 25. April 1905, *vormittags 9 Uhr*[1].

1. *Hauptthema:* **Die Mechanik der Skoliose.**
Referenten: Herr Schulthess-Zürich, Herr Schanz-Dresden, Herr Lovett-Boston.

2. *Herr Riedinger-Würzburg: Über die mechanische Entstehung der Skoliose.*

3. *Herr Spitzy-Graz: Rachitis und Frühskoliose.*

4. *Herr Ludloff-Breslau: Exakte Meßvorrichtungen der Beweglichkeit der Wirbelsäule und des Kopfes.*

5. *Herr Joachimsthal-Berlin: Skoliotische Veränderungen der Halswirbelsäule beim muskulären Schiefhals.*

6. *Herr v. Hovorka-Wien: Beitrag zur hysterischen Skoliose.*

7. *Herr Muskat-Berlin: Über hysterische Skoliose.*

8. *Herr Immelmann-Berlin: Über die Skoliose nach Ischias und deren Behandlung.*

9. *Herr Stein-Wiesbaden: Zur Technik der photographischen Skoliosenmessung.*

10. *Herr Heusner-Barmen: Demonstration eines neuen Skoliosenapparates mit Krankenvorstellung.*

11. *Herr Gerson-Berlin: Zur Technik des Gipskorsetts.*

12. *Herr Legal-Breslau: Redressionsapparat für Deformitäten der Wirbelsäule.*

13. *Herr Fröhlich-Nancy: Abnorme Formen von Blutergelenken.*

14. *Herr v. Aberle-Wien: Subkutane Osteotomie.*

---

[1] *s. d. Bl. p. 208.*



15. Herr Werndorff-Wien: Eine neue Methode in der Diagnostik der Gelenkerkrankungen.

16. Herr Drehmann-Breslau: Deformitäten nach Gelenkentzündungen im frühesten Säuglingsalter.

17. Herr Wittek-Graz: Halbseitige Wachstumsstörung infolge von Knochentumoren.

18. Herr Bum-Wien: Zur unblutigen Behandlung der Gelenksteife.

19. Herr Böcker-Berlin: Über paralytische Luxationen der Hüfte.

Nachmittagssitzung 2 Uhr.

Generalversammlung. Wahl des Vorstandes für 1906.

20. Herr Spitzy-Graz: Weitere Erfahrungen über Nervenplastik.

21. Herr Drehmann-Breslau: Operative Behandlung der ischiämischen Muskelkontrakturen (Demonstration).

22. Herr Kölliker-Leipzig: Demonstration eines Kranken mit angeborener Verrenkung der Schulter.

23. Herr Perthes-Leipzig: Zur Pathologie und Therapie der angeborenen Knieluxation mit Vorstellung von Fällen.

24. Herr Helbing-Berlin: Über angeborene Kniegelenkskontrakturen und Luxationen.

25. Herr Gocht-Halle: Demonstration eines portativen Apparates zur Streckung von Kniegelenkskontrakturen.

26. Herr Gocht-Halle: Anatomische Untersuchungen aus dem Bereich des kongenital verrenkten Hüftgelenks.

27. Herr Bade-Hannover: Verbandtechnik bei der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.

28. Herr Roskoschny-Wien: Zur Therapie der Coxa vara.

29. Herr Cramer-Köln: Gipsverbandbehandlung bei Ischias.

30. Herr Koch-Hagen: Zur Technik der Quadricepsplastik.

31. Herr Franke-Braunschweig: Zur Behandlung des kongenitalen Fibuladefektes.

32. Herr Joachimsthal-Berlin: Über Metatarsus varus.

33. Herr Müller-Stuttgart: Operative Behandlung des Plattfußes.

34. Herr Gocht-Halle: Sehnenoperation beim Pes plano-valgus.

35. Herr Helbing-Berlin: Über seltene Fußdeformitäten.

36. Herr Drehmann-Breslau: Zur Technik des Klumpfußverbandes.

37. Herr Schultze-Duisburg: Zur Behandlung des Klumpfußes.

Abendsitzung 8½ Uhr.

38. Herr Wullstein-Halle: Zur pathologischen Anatomie der Spondylitis (mit Projektionen).

39. Herr Ludloff-Breslau: Zur Anatomie der Wirbelsäule.

40. Herr Legal-Breslau: Eine neue Beckenstütze.

Einfacher Lagerungsapparat zur Behandlung von Gelenkerkrankungen und Frakturen der unteren Extremität.

41. Herr Deschmann-Wien: Über chronische Arthritis ankylopoetica der Wirbelsäule. Beitrag zu deren Behandlung.

Event. die in der Vor- und Nachmittagssitzung nicht erledigten Vorträge.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 16. Sonnabend, den 22. April. 1905.

Der ektopische Testikel.

Von
Prof. **Lanz** in Amsterdam.

Wenn wir vom ektopischen Hoden schlechthin sprechen, so bezeichnen wir damit im allgemeinen jeden Testikel, der nicht an seiner normalen Stelle im Skrotum unten sitzt. Wir bleiben uns dabei bewußt, daß aus theoretischen und praktischen Gründen die eigentliche Ectopia testis, d. h. die Deviation des Organes von seinem normalen Wege, gesondert werden muß von der Retentio testis, dem Kryptorchismus, bei welchem das Organ irgendwo auf seinem beim normalen Descensus eingeschlagenen Wege stecken geblieben ist.

Die Retention tritt der Ektopie gegenüber schon ihrer Frequenz wegen stark in den Vordergrund: ... unter 750 19jährigen Rekruten fand ich die relativ große Zahl von 5 Monorchisten (3 rechtsseitige, 2 linksseitige).

Die Angabe von Curling, wonach ein Testikel, dessen Descensus nicht innerhalb des ersten Lebensjahres erfolge, dauernd ektopisch bleiben solle, ist von verschiedenster Seite widerlegt worden; ich selbst habe den Fall erlebt, wo bei einem Kryptorchisten die beiden Hoden sich erst mit Beginn der Pubertät am vorderen Leistenringe meldeten und allmählich bis in den Skrotalhals herunterstiegen, allerdings von doppelseitiger Hernie gefolgt, so daß schließlich doch noch orchidopexiert und radikal operiert werden mußte.

Die Ätiologie des Leidens liegt noch völlig im Unklaren. Sicher ist das familiäre Vorkommen desselben: ich selbst verfüge über zwei Fälle, die je zwei Brüder betrafen. Auch auf Grund der autoptischen Befunde bei der Operation läßt sich über die Ätiologie nichts Sicheres aussagen. Bei einer Gesamtzahl von 51 Operationen war ich bis jetzt nie in der Lage, stärkere peritoneale Adhäsionen zu konstatieren, die auf überstandene fötale Peritonitis hinweisen würden. Doch läßt sich allerdings, nach Lösung des Processus vaginalis vom Samenstrange, der Hoden jeweilen auf einmal weiter vorziehen. Definitiver Verlagerung des Organes in den Fundus scroti stellt sich bei hoher Retention niemals das Vas deferens, wohl aber die Kürze der Gefäße gelegentlich in den Weg. — Fast ausnahmslos zeigt die Geschlechtsdrüse schon makroskopisch auffällige Veränderungen: sie ist kleiner, schlaffer, manchmal vollkommen atrophisch, und der stets gut entwickelte Nebenhoden ist in ganz charakteristischer Weise vom Hoden abgehoben. Da es nicht abzusehen ist, warum der abdominal zurückgehaltene Hoden in ungünstigerer Nerven- oder Gefäßversorgung sein sollte als der im Skrotum liegende, so ist es wahrscheinlich, daß die schon im makroskopischen Verhalten des Organes zum Ausdrucke kommende Entwicklungshemmung als solche auch der Grund des unvollkommenen Descensus ist.

In dem 5. Teile, d. h. in 11 meiner Fälle, habe ich, wegen ausgesprochenster Atrophie oder Unmöglichkeit gesicherter Verlagerung, die einseitige Kastration ausgeführt. Die mikroskopische Untersuchung der dabei gewonnenen Präparate hat im allgemeinen die von Hansemann[1] und anderen Untersuchern erhobenen Befunde bestätigt. In einem einzigen meiner Fälle, wo der Hoden schon makroskopisch sich der Norm näherte, konnte ich aktive Spermatogenese nachweisen. Die Albuginea ist ausnahmslos verdickt, in einzelnen Fällen auf das 3—5fache ihrer normalen Dicke, das Zwischenbindegewebe manchmal kaum, manchmal so stark vermehrt, daß die spärlichen Samenkanälchen nur noch als vereinzelte Inseln in demselben herumliegen. Die sog. interstitiellen Zellen, die mit Recht oder Unrecht mit der

[1] Archiv für pathologische Anatomie 1895. Bd. CXIII.



»inneren Sekretion« des Organes in Zusammenhang gebracht werden und beim Erwachsenen fehlen, bleiben erhalten und sind in einem meiner Präparate auffällig stark vermehrt. Das Epithel der Samenkanälchen zeigt keine deutliche Differenzierung; die Samenkanälchen selbst sind meist mit einer homogenen Masse ausgefüllt, welche sich mit Eosin gut färbt.

Von ganz besonderem Interesse scheint mir aber der folgende Befund zu sein: Bei den mit Hämatoxylin-Eosin gefärbten Präparaten war in einem derselben schon makroskopisch, in einem anderen — ebenfalls vom Erwachsenen stammenden Organ — bei Lupenvergrößerung ein intensiv blau gefärbter Punkt wahrzunehmen, der in auffälliger Weise gegen die übrige, rötlich gefärbte Schnittfläche kontrastierte. Mikroskopisch erwiesen sich diese Stellen als Drüsenknäuel, deren Epithel einen von demjenigen der umgebenden Tubuli völlig verschiedenen Typus aufwies: Die Zellen kleiner, dichter aneinander stehend, mit Hämatoxylin stärker gefärbt; die Kerne länglich statt rundlich und viel chromatinreicher.

Eine solche Einsprengung atypischer Drüsenepithelien scheint mir namentlich im Hinblick auf die Cohnheim'sche Theorie von der Rolle der Keimverlagerung bei der Genese der malignen Tumoren von besonderer Wichtigkeit zu sein. Von ganz besonderem Werte gerade bei dem ektopischen Hoden, dessen Prädisposition für maligne Degeneration früher — so auch von Kocher — behauptet, in der letzten Zeit bestritten worden ist. Unser Befund verleiht der Annahme einer besonderen Neigung des ektopischen Testikels zu maligner Erkrankung einen positiven Hintergrund.

Ärztliche Hilfe suchen die Pat. gewöhnlich nicht wegen des Kryptorchismus an sich, meist wegen der diesen Zustand begleitenden Komplikationen auf. Die häufigste derselben ist die Hernienbildung: in meinen sämtlichen Fällen war der Processus vaginalis in ganzer Ausdehnung offen, bestand also mindestens eine peritoneale Herniendisposition, meist aber manifeste Hernienbildung. Ein Fall von Leistenhoden kam mir als Notfall zu, bei welchem Achsendrehung des Samenstranges eine inkarzerierte Hernie vorgetäuscht hatte. Auffällig selten bin ich Klagen sexueller Natur begegnet, während in der Literatur diese Folgeerscheinung des Kryptorchismus vielfach betont, ja sogar der Monorchist mit dem Klophengste verglichen wird.

Obschon ich mehrfach konstatieren konnte, daß nach Entfernung eines ektopischen Hodens der andere im unmittelbaren Anschluß an die Operation deutlich größer wurde, was auf einen gewissen funktionellen Wert des verloren gegangenen rückschließen lassen könnte, möchte ich mich doch der Auffassung derjenigen Kollegen anschließen, welche bei ausgesprochener Atrophie des einseitig zurückgehaltenen Organes die Kastration als Normalverfahren ansehen. Dies nicht nur im Hinblick auf die Sicherheit der begleitenden Radikaloperation, auf die Häufigkeit der Rezidive nach Orchidopexie, sondern auch im Hinblick auf die oben erwähnten atypischen Epithelwucherungen. So

kommt es, daß ich von 14 Fällen von Retentio testis, die ich im Laufe der beiden letzten Jahre operativ behandelte, sechsmal die Kastration ausführte, also beinahe in der Hälfte der Fälle. Wobei ich ausdrücklich bemerke, daß ich bei Kindern in der ersten Dekade nur ausnahmsweise operiere, sondern meist zur Massage rate, zum Ausstreichen des Leistenkanales mit allmählichem Herunterziehen des Testikels. In 8 von diesen letzten 14 Fällen führte ich ein eigenes Operationsverfahren aus, das ich als Extensio testis bezeichnen möchte: Nach Spaltung der vorderen Wand des Leistenkanales wird der Processus vaginalis eröffnet, der Hoden am vorderen Leistenringe zum Vorschein gebracht, zentral von demselben der Processus vaginalis vom Samenstrange gelöst, abgeschnitten und als Bruchsack behandelt. Nun wird der Samenstrang, soviel es die Vorsicht erlaubt, gedehnt, dann die hintere Wand des Leistenkanales nach Bassinischem Prinzipe rekonstruiert. Hierauf wird entlang dem Gubernaculum Hunteri eine Kocher'sche Kropfsonde in die öfters kaum vorhandene Skrotalhälfte heruntergeführt, dieselbe möglichst gedehnt und auf der Kropfsonde im Fundus scroti ein minimales Knopfloch durch Haut und Tunica dartos angelegt. Durch dasselbe wird eine Arterienklemme emporgeführt und der Hoden an einer ans Gubernaculum in der Nähe des unteren Hodenpoles gelegten Fadenschlinge heruntergeholt. Diese Fadenschlinge wird zu der mittels einer Knopfnaht zu schließenden kleinsten Skrotalboutonnière herausgeleitet und entweder an der Innenfläche des betreffenden Oberschenkels mit einem Heftpflasterstreifen fixiert, oder aber an einen zwischen die leicht gespreizten Oberschenkel eingelegten, mittels Gipsbinde fixierten Querbalken gebunden. Die vordere Wand des Kanales ist geschlossen, die fortlaufende Hautnaht mit einem Kollodialstreifen, die Skrotalboutonnière mit Wismutbrei geschützt worden.

Nachdem ich in einem hochgradigen Falle konstatieren mußte, daß das Gubernaculum sich dehnt, nachdem mir in einem anderen Falle der zur Extension verwandte dicke Catgutfaden vorzeitig losließ, habe ich gelegentlich die Albuginea des unteren Hodenpoles direkt an die Fadenschlinge gelegt und zu der letzteren mich eines elastischen Bandes bedient, welches zudem einen anhaltenden, gleichmäßigeren Zug sichert. — Bis jetzt habe ich, nach persönlichen mißlichen Erfahrungen mit der Orchidopexie, allen Grund, mit dieser elastischen Extensionsbehandlung des ektopischen Hodens zufrieden zu sein.

---

1) **L. Krehl.** Pathologische Physiologie, ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Dritte neu bearbeitete Auflage.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1904.

K., der in seinem 1893 herausgegebenen Grundriß der allgemeinen klinischen Pathologie zum ersten Male den gut gelungenen Versuch gemacht hat, »die Vorstellungen, welche wir uns gegenwärtig über die

Funktionsstörungen der Organe bilden können, für die Studierenden zusammenzufassen«, hat sein Werk jetzt unter obigem Titel ganz bedeutend erweitert und vermehrt — beträgt der Umfang doch weit über das Doppelte der ersten Auflage — erscheinen lassen, um in gleicher Weise »wie die Physiologie die normale Funktion der Körperorgane darlegt, das Verhalten eben dieser Organe unter pathologischen Verhältnissen auseinanderzusetzen«. Er bietet damit eine sehr erwünschte Ergänzung der Werke der allgemeinen Pathologie und speziellen pathologischen Anatomie.

Es geht natürlich nicht an, hier das Werk eingehender zu besprechen, es ist aber vielleicht nicht überflüssig, die von seinem Verf. besprochenen Hauptgruppen zu erwähnen. Der Kreislauf — die besondere Domäne K.'s —, das Blut, über Infektion und Immunität, die Atmung, die Verdauung, die Ernährung und der Stoffwechsel, die quantitativen Störungen des Stoffwechsels der Kohlehydrate, der Stoffwechsel der Purinkörper und die Gicht, das Fieber, die Harnabsonderung, das Nervensystem sind die Titel der Hauptabteilungen. Sie lassen ahnen, was das Buch bieten kann. Die Erwartungen, mit denen man an es herantritt, werden aber vollständig erfüllt. Es enthält eine große Menge von Wissen und Kenntnissen, und man gewinnt die Überzeugung, daß die Literatur, über die man sich übrigens in dem Werke sehr gut orientieren kann, auf das sorgfältigste durchforscht ist. Und mit der Berücksichtigung aller aus ihr zusammengetragenen und durch eigene und seiner Schüler Forschungen gewonnenen Einzelheiten verbindet der ausgezeichnete Kliniker eine so vollkommene Beherrschung des gewaltigen Stoffes, daß das Buch wie aus einem Gusse gearbeitet erscheint. Es ist ohne jede Weitschweifigkeit in oft lapidarem, aber immer durchsichtigem, klarem Stile geschrieben und wirkt einerseits sehr überzeugend durch die scharfe und offene Kritik und Betonung der Grenzen unseres jetzigen Wissens, berührt andererseits sehr wohltuend durch die neidlose Anerkennung und Hervorhebung fremder Leistungen.

Wie es für den Ref. ein großer Genuß war, in dem vorzüglichen Werke zu lesen, so wird es sicher Niemand, der für die in ihm abgehandelten Gegenstände Interesse hat, also jeder echte Arzt, ohne Befriedigung aus der Hand legen.

Wenngleich im ganzen mehr für den inneren Mediziner berechnet, hat das Buch, das durchaus nicht nur die Theorie pflegt, sondern auch in jeder Weise mit der Praxis Fühlung nimmt, doch auch für den reinen Chirurgen Wert. Er kann kaum in geeigneterer Weise seine Kenntnisse über die durch die obigen Überschriften umgrenzten Fragen auffrischen und erweitern, wird aber mit besonderem Interesse die Erörterungen über das Blut (Leukocytose, Leukopenie), über Infektion und Immunität, die Tätigkeit und Leistung des kranken Magens und der sonstigen Verdauungsorgane, die der Schilddrüse, die Auseinandersetzungen über das Fieber, in dem Kapitel über die Nervenkrankheiten

aber besonders die über Hirndruck, Hirnerschütterung, über die Reflexe und Kontrakturen lesen.

Wie wichtig die Kenntnisse der pathologischen Physiologie gerade jetzt im Zeitalter der Versicherungen sind, sagt K. sehr zeitgemäß in folgenden Worten der Einleitung: »Es ist vielleicht nicht überflüssig, auch an dieser Stelle daran zu erinnern, daß vom Arzte manche in theoretischer Beziehung kranke Leute für das praktische Urteil als gesund angesehen werden dürfen. Jetzt, da wegen der Entschädigungsfragen Funktionsstörungen geradezu gepflegt werden, muß, wenn nicht jede Energie des Menschen zugrunde gehen soll, seitens des Arztes für die Frage der Leistungsfähigkeit scharf die praktische Seite betont werden«.

Ein sorgfältig zusammengestelltes Register erleichtert das Aufsuchen bestimmter Artikel. Die Ausstattung ist die bekannte gute des Verlages.

Felix Franke (Braunschweig).

---

2) **Oppenheim.** Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 2 Bde.
Berlin, **S. Karger,** 1905. 1447 S. mit 393 Abb.

Wenn hier auch nicht der Ort ist, das vorliegende Werk in allen Einzelheiten zu besprechen, so bietet es doch für den Chirurgen so viel Interessantes, daß eine kurze Besprechung in diesen Blättern gerechtfertigt erscheint. Was in dem allgemeinen Teil über die Art der Untersuchung und die allgemeine Symptomatologie gesagt ist, kann dem Chirurgen ebensowohl wie dem inneren Mediziner zu ausführlichster Orientierung über diese Gebiete dienen. In dem speziellen Teile werden zunächst die Erkrankungen des Rückenmarkes abgehandelt. Von diesen dürften hier am meisten die durch Wirbelerkrankungen und -verletzungen bedingten Interesse erregen, mehr durch die Ausführlichkeit in der Schilderung der nervösen Symptome, als durch neue chirurgische Gesichtspunkte. In vielen Fällen von Unfallverletzungen gibt uns die Hämatomyelie oder Apoplexia medullae spinalis künftighin vielleicht den Schlüssel für bisher unerklärliche Folgezustände, nachdem in den letzten Jahren das isolierte Vorkommen von Blutungen in die Marksubstanz ohne sonstige Verletzungen sicher festgestellt ist. Bei der Besprechung der Geschwülste des Rückenmarkes erweckt unser besonderes Interesse der Umstand, daß es in der letzten Zeit wiederholt gelungen ist, durch das Zusammenarbeiten von Nervenspezialisten und Chirurgen isolierte Geschwülste genau zu lokalisieren und mit Erfolg zu entfernen. Das Gebiet der peripherischen Lähmung ist so eng mit chirurgischen resp. orthopädischen Maßnahmen verknüpft, daß die betreffenden Kapitel unter gewisser Modifikation ebenso gut in einem chirurgischen Lehrbuche sich finden könnten.

Im zweiten Bande dürften die Kapitel über die Neurosen, die Erkrankungen des Sympathicus, die Angioneurosen und Trophoneurosen, sowie die Intoxikationszustände mit hervorragender Beteiligung des Nervensystems im allgemeinen weniger das Interesse des Chirurgen verdienen, während das Kapitel über die Krankheiten des Gehirns bei

dem immer weiteren Fortschreiten der Gehirnchirurgie unsere lebhafteste Aufmerksamkeit verdient. Vor allem die Lokalisationslehre, die uns mit den neuesten Ergebnissen in der Erforschung dieses Gebietes bekannt macht, und die allgemeine Symptomatologie der Hirnkrankheiten sind für den Chirurgen fast ebenso wichtig wie für den inneren Kliniker. Unter den Erkrankungen der Hirnsubstanz dürften für ihn die Abschnitte über Hirnabszeß, Thrombose der Hirnsinus, Tumoren des Gehirns und Aneurysmen der Gehirnarterien am wichtigsten sein.

Dettmer (Bromberg).

---

3) **Henke.** Pathogene Hefen und Tumorbildung.

(Verhandl. der deutschen pathologischen Gesellschaft Berlin 1904.)

H. hat gemeinsam mit Miodowski nachgeprüft, ob sich mit den Hefekulturen Leopold's und mit dem »Saccharomyces neoformans« Sanfelice's wirklich echte bösartige epitheliale Neubildungen im Tierversuch erzeugen lassen, und hat dabei besonderen Wert darauf gelegt, daß die eingespritzten beträchtlichen Mengen der Kulturemulsion, die in die Bauchhöhle und die Hoden und unter die Haut verimpft wurden, möglichst viele Monate Zeit hatten zur event. Erzeugung von Geschwülsten. Seine Versuche fielen völlig negativ aus. Die Leopold'schen Hefekulturen riefen gar keine Reaktion hervor und ließen sich später auch nicht mehr kulturell in dem Tierkörper nachweisen, während der Saccharomyces neoformans durch ausgedehnte Verhefung zum Tode führte.

H. steht somit auf dem Standpunkte, daß die Idee von einem Zusammenhange der Hefen mit den Geschwülsten aufgegeben werden müsse.

Schmieden (Bonn).

---

4) **Kausch.** Trauma und Diabetes mellitus und Glykosurie.

(Zeitschrift für klin. Medizin Bd. LV.)

Verf. weist auf die Wichtigkeit der Frage des Zusammenhanges von Trauma und Diabetes bezüglich Glykosurie sowohl vom wissenschaftlichen als auch vom praktischen Standpunkt aus (Unfallversicherung) hin. Der Schwere nach unterscheidet er 1) den echten, chronischen Diabetes, 2) den heilenden Diabetes, den er transitorische Glykosurie nennt, 3) die spontane ephemere und 4) die alimentäre Glykosurie. Alle diese Formen und ihre event. kombinierten Übergänge können nach Traumen auftreten. (Die Glykosurien nach Narkosen bleiben unberücksichtigt.) Doch vertritt K. die Ansicht, daß, wenn je wahrer Diabetes durch ein Trauma hervorgerufen wurde, dies nur in den seltensten Fällen vorkomme. Er selbst hält keinen der in der Literatur mitgeteilten Fälle für völlig einwandsfrei. Andererseits kann er auch nicht den Gegenbeweis erbringen, daß ein Trauma Diabetes nicht erzeugen könne. Infolgedessen rät er, sich bei Gutachten von Trauma und Diabetes vorsichtig, aber nicht direkt ablehnend, über den Kausalnexus auszusprechen, um den Kranken nicht Unrecht zu tun.

Anders steht es mit den übrigen Glykosurien. Die transitorische — i. e. der heilende Diabetes — ist nach K. die typische Glykosurie nach Schädelverletzungen, da sie überwiegend bei dieser Verletzungsart beobachtet wurde, ohne daß jedoch die leichteren Formen fehlten. Sie tritt kurze Zeit nach dem Trauma auf, zeichnet sich durch geringe Zucker- und sehr hohe Flüssigkeitsausscheidung aus und ist heilbar. K. sieht in ihr ein Analogon der Piqure von Claude Bérnard.

Die traumatische ephemere Glykosurie hält Verf. für sehr häufig, er hat in kurzer Zeit 12 Fälle beobachtet. Im übrigen cf. hierüber Kausch, Über ephemere traumatische Glykosurie, Referat d. Bl. 1904 Nr. 27 (Beilage). Alimentäre Glykosurie e saccharo hat K. in der Hälfte der darauf untersuchten Fälle, d. i. in den 6 Fällen beobachtet. Nie bestand dabei Glykosurie ex amylo.

Mangels anderer genügender Erklärung spricht K. dem Nervensystem eine vermittelnde Rolle beim Zustandekommen der Glykosurien, ganz gleich welcher Art, nach Traumen zu. Im übrigen will er bei der Neuheit und geringen Zahl der zur Beobachtung gekommenen beiden letzten Glykosurieformen Schlüsse nur mit großer Vorsicht gezogen wissen, doch meint er, daß der leichteren Verletzung im allgemeinen die leichtere Form der Glykosurie entspreche. Häufigere und genauere Urinuntersuchungen sind dringend wünschenswert, doch dürfe man ihren Wert zur Klärung dieses dunklen Gebietes nicht unterschätzen, da nur positive Befunde aufklärend wirken können, negative nichts beweisen. **Müller** (Dresden).

---

5) **Warnecke.** Über die Hodgkin'sche Krankheit.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 3.)

W. gibt aus dem Marburger pathologischen Institut die Befunde von vier zur Sektion gekommenen Fällen der Hodgkin'schen Krankheit und von sechs Fällen exstirpierter, sogenannter maligner Lymphome. Chiari u. a. sind bestrebt, aus der Gruppe der Pseudoleukämie und des Lymphosarkoms ein Krankheitsbild herauszuheben, für das der alte Name der Hodgkin'schen Krankheit in Vorschlag gebracht worden ist. W.'s Untersuchungsergebnisse bilden eine entschiedene Unterstützung für diese Abgrenzung der Hodgkin'schen Krankheit von ähnlichen Krankheitsbildern. Als konstante Befunde sind makroskopisch unter anderem die Schwellung des gesamten lymphatischen Apparates und die Knotenbildung in dem lymphadenoiden, präformierten Gewebe der Organe, besonders der Milz, anzuführen. Mikroskopisch ist charakteristisch die außerordentliche Variabilität der Zellformen: Epithelioidzellen, Fibroblasten, Riesenzellen, eosinophile Leukocyten; Plasmazellen sind nicht konstant. Die Ätiologie der Hodgkinschen Krankheit ist unbekannt, die häufige Kombination mit Tuberkulose ist nur als eine sekundäre, zufällige Infektion aufzufassen. Bei der Pseudoleukämie handelt es sich im Gegensatz dazu um reine lymphocytäre Hyperplasie des lymphatischen Gewebes, um Wucherung der echten kleinen Lymphocyten. Bei der Lymphosarkomatosis wuchern

ausschließlich große, rundliche, einkernige Elemente, die gewöhnlich als große Lymphocyten bezeichnet werden; sehr leicht kommt es zu einer Durchbrechung der Kapsel, zu einem regionären, bösartigen Wachstum.

Haeckel (Stettin).

---

6) **Hetsch.** Die Grundlagen der Serumdiagnostik und deren Bedeutung für den Praktiker.

(Moderne ärztliche Bibliothek Hft. 12. Berlin, **Leonhard Simion Nachf.,** 1904.)

Die vorliegende Darstellung wird dem gestellten Thema in einer schönen und übersichtlichen Weise gerecht und ermöglicht, wie das sein Zweck ist, besonders auch dem noch weniger Erfahrenen, sich in dies heutzutage so wichtige Gebiet einzuarbeiten.

Im Anschluß an die anfänglichen, allgemeiner gehaltenen Besprechungen folgt eine spezielle Erörterung der Serumdiagnostik und ihrer Methoden beim Typhus abdominalis, bei Fleischvergiftungen, bei Ruhr, bei Cholera, bei Pest, bei Tuberkulose und bei Pneumokokkeninfektionen.

Schmieden (Bonn).

---

7) **M. Martin.** Die Anästhesie in der ärztlichen Praxis.

München, **J. F. Lehmann,** 1905. 35 S.

Verf. schildert in knappster Form die in Betracht kommenden Methoden, ohne auf Einzelheiten der Technik einzugehen. Er will den praktischen Arzt, der die zahlreichen neuen Verfahren nicht verfolgen kann, über alles das orientieren, was sich im Laufe der Zeit auf dem Gebiete der örtlichen Anästhesie bewährt hat.

Renner (Dresden).

---

8) **H. Braun** (Leipzig). Die Technik der Kokain-Suprareninanästhesie bei Zahnextraktionen.

(Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde 1905. Januar.)

Alle unter den verschiedensten Namen käuflichen Nebennierenpräparate haben im wesentlichen gleiche Wirkung. Man darf nicht vergessen, daß die wirksame Substanz ein schweres Gift ist. B. schildert zunächst seinen Apparat, in welchem in handlicher Form alle für Bereitung der Lösungen und Injektion notwendigen Teile zusammengestellt sind, und gibt dann auf Grund genauer Schilderung der Topographie der in Betracht kommenden Nerven sehr exakte Vorschriften zur Anästhesie bei den verschiedenen Zahnoperationen. Bei genauer Befolgung derselben wird gewiß so mancher bisher dem Mittel oder der Methode zur Last gelegte Mißerfolg ausbleiben.

Renner (Dresden).

---

9) **A. Peiser.** Über Anwendung der Kokain-Adrenalinanästhesie bei größeren chirurgischen Operationen.

(Straßburger med. Zeitung 1905. Hft. 1.)

Verf. empfiehlt auf Grund von Versuchen in der Straßburger Klinik auch für größere Operationen die regionäre Anästhesie mit

Kokain-Adrenalin. Bei Benutzung von 0,5%iger Kokainlösung kann man unbesorgt 10, selbst 20 ccm einspritzen. Vorübergehende üble Nebenwirkungen hat P. nur zweimal gesehen und glaubt, daß sie vielleicht durch Injektion in ein größeres Gefäß zustande gekommen sind; man soll sich daher durch öfteres Abnehmen der Spritze von der Kanüle davon überzeugen, daß kein Gefäß angestochen ist. Die Injektion soll subkutan, nicht intrakutan geschehen, da letzteres zu Hautnekrosen führen kann. Besonders wertvoll erscheint Verf. die Kokain-Adrenalinanästhesie für Operationen an der Schilddrüse, wo, wie er sagt, die Allgemeinnarkose aus bekannten Gründen unstatthaft sei (?). Ferner kommen in Betracht Amputationen, Bruchoperationen, Rippenresektion, Tracheotomie, Gesichtsoperationen u. a. m.; Laparotomien nur, wenn das Allgemeinbefinden strikte Gegenindikation gegen Narkose bildet. Gegen Braun's Leitungsanästhesie führt er an, daß Braun doch stets noch eine subkutane, meist zirkuläre Injektion oberhalb des Gelenkes hinzufügt, und hält daher die systematische Querschnittsanästhesie in den peripheren Teilen der Extremitäten für einfacher und sicherer. **Renner** (Dresden).

10) **Melun.** Einfluß des Gonosans in der Behandlung der Gonorrhöe.

(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 1.)

Empfehlung des Gonosans (8—12 Kapseln täglich).

1) Zur Unterstützung der Lokalbehandlung.

2) Als wirksames Antigonorrhoikum für sich allein, bei vorderer und hinterer Urethritis, Cholecystitis, Cystitis, Entzündungen der Prostata, Samenblasen, Samenstrang, Nebenhoden.

Besonders in den Vordergrund tritt die schmerzstillende Wirkung.

Willi Hirt (Breslau).

11) **J. Bloch.** Über das Thigenol, eine neue organische Schwefelverbindung und seine Anwendung bei Hautkrankheiten.

(Deutsche Ärztezeitung 1904. Nr. 23.)

Nach einer historischen Einleitung kommt B. auf die Vorzüge der organischen Schwefelverbindungen vor den anorganischen und reinem Schwefel zu sprechen, welche besonders in der größeren Reizlosigkeit besteht, wodurch auch akutere Ekzeme der Heilwirkung dieses Mittels zugänglich gemacht werden können.

Die erste organische Schwefelverbindung, das Ichthyol, konnte sich wegen des unangenehmen Geruches in der Dermatotherapie nicht recht einbürgern. Die Einführung des Thigenols (Natriumsalz der Sulphosäure), einer geruch- und fast geschmacklosen Flüssigkeit, stellt daher einen wirklichen Fortschritt dar. Verf. empfiehlt es besonders bei akuten und chronischen Ekzemen, bei Alopecia seborrhoica und als Antipruriginosum. **Neugebauer** (Mährisch-Ostraud).

12) O. Schifone. Über die Wirkungen großer Resektionen des Schädels und der harten Hirnhaut auf die Struktur und Funktion der Hirnrinde.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 131.)

Verf. berichtet aus der Klinik von Durante in Rom über von ihm an Hunden angestellte Trepanationsexperimente. Die große Zahl der von ihm angestellten Operationen (32), die gründliche Nachbeobachtung der trepanierten Tiere auf alle zerebral-nervösen Funktionen und Erscheinungen, endlich die mit größter Gründlichkeit nach zahlreichen Färbemethoden ausgeführten histologischen Untersuchungen der Vernarbungsverhältnisse der Defekte, sowie der im Bereiche letzterer gelegenen Hirnsubstanz haben Resultate der Untersuchungen als gute und exakt gesicherte Resultate ergeben, so daß die Arbeit, welcher auch zahlreiche sehr gute histologische Abbildungen beigefügt sind, nur rühmend zu erwähnen ist.

Betreffs aller Details auf das Original verweisend geben wir das Fazit der Versuchsergebnisse. »Jeder große Verlust der Schädel- und der harten Hirnhautsubstanz wird nie von einer Knochenneubildung ersetzt, wohl aber von einem dicken und resistenten Fasergewebe, welches die Hirnsubstanz fest mit der Schädelhaut verwachsen läßt.« Die auf diese Vorgänge bezüglichen histologischen Untersuchungen stellen in interessanter Weise die hier sich abspielenden biologischen Einzelheiten fest. Mit den Vernarbungsprozessen der Hirndecken Hand in Hand gehend finden nun, wie S. feststellt — und dies ist neuer Fund seiner Arbeit —, regelmäßig in den oberflächlichen Schichten der Hirnrinde verschiedentliche Veränderungen statt, »welche alle Elemente treffen, und deren letzte Phase in dem Untergange eines Teiles der Nervenelemente und deren Ersatz durch Neuroglia besteht«. Die diese Hirnveränderungen studierenden histologischen Untersuchungen sind als besonders gründlich und tüchtig hervorzuheben, ebenso die farbig wiedergegebenen Strukturbilder der degenerierenden Ganglienzellen bei starker Vergrößerung. Ein Teil derselben stellt einen eigenartigen Vorgang dar, das Schwinden von Ganglienzellen durch Phagocytose. von S. als Neuronophagie bezeichnet. Ungeachtet dieser nach S. als konstant anzusehenden organische Schädigungen der Hirnrinde haben, aseptische Wundheilung vorausgesetzt, auch große Schädelresektionen nebst Duraexzisionen an sich keinerlei Störungen an Motilität, Sensibilität oder Ernährung zur Folge, sind also als keine gefährlichen Eingriffe zu betrachten. Insbesondere ist nach diesen Operationen Hirnvorfall nicht zu fürchten, der nur dann eintritt, wenn es zu einem erhöhten intrazerebralen Drucke kommt, der seinerseits nur dann erfolgt, wenn insbesondere septische Entzündungsprozesse am Hirn oder an seinen Häuten Platz greifen. Auch Jackson'sche epileptiforme Krampfanfälle bleiben in der Regel bei aseptischem Wundverlaufe aus. Treten sie doch ein, so »geschieht es bei organisch oder erblich veranlagten Individuen, und in solchen Fällen

neigen die Anfälle schon von anfang an zur Verallgemeinerung.« Der Arbeit ist ein 50 Nummern starkes Literaturverzeichnis angehängt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

13) **Schilling.** Über die praktische Bedeutung der Schädelindexmessung für die Mastoidoperation.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XLVII. p. 40.)

Seit der Einführung der Warzenfortsatzoperationen ist man bestrebt, Anzeichen zu finden, die uns die sog. »gefährlichen« Schläfenbeine, d. h. solche mit vorgelagtertem Sinus und tiefstehender mittlerer Schädelgrube, schon vor der Operation erkennen lassen. So glaubte u. a. Körner aus der Messung mazerierter Schädel den Schluß ziehen zu können, daß sich bei Brachycephalen häufiger gefährliche Schläfenbeine finden, als bei Dolichocephalen. S. hat nun das operative Material der Freiburger Ohrenklinik (222 Fälle) daraufhin untersucht, ob zwischen dem Vorhandensein bezw. dem Grad der Brachycephalie und der Häufigkeit der Freilegung von Dura oder Sinus bei der Operation ein bestimmtes Verhältnis vorhanden ist. Er kommt zu dem Resultate, daß zwischen Schädelform und Gefahr der Durafreilegung ein praktisch verwertbare Beziehung nicht besteht. **Hinsberg** (Breslau).

---

14) **Freudenthal.** The radical operation for empyema of the frontal sinus.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. November 2.)

Eingehende Besprechung der klinischen Symptome und der Diagnose. F. selbst hat anatomische Untersuchungen über die Größe und Lage der Stirnhöhle angestellt und mahnt infolge derselben zur Vorsicht bei der Eröffnung, die er nie über dem Augenbrauenbogen vornimmt, sondern stets dicht über dem inneren Augenwinkel. Von dort aus sondiert er und macht dann das weitere. Das konservative Verfahren ist so lange wie möglich durchzuführen. Als Operation bevorzugt F. das Verfahren von Killian, welches ihm bis jetzt die besten Resultate gab. Die äußere Wunde soll per primam heilen. Kasuistik.

Trapp (Bückeburg).

---

15) **Watts.** Loss of entire lower lip.

(Annals of surgery 1905. Nr. 1.)

In dem vorliegenden Falle war die ganze Unterlippe bis zum unteren Kieferrand infolge Pferdebisses abgerissen; Deckung des Defektes durch einen aus dem Oberarme präparierten, gestielten Hautlappen. Der letztere wurde 4 Wochen am Arme belassen, seine wunde Fläche während dieser Zeit durch Thiersch'sche Lappen überhäutet und dann in den Defekt genäht. Durchtrennung des Stieles nach 3 Wochen, während welcher der Arm am Kopf eingegipst lag; vorzügliches Heilungsresultat. Die Epidermisierung der unteren Fläche

des Lappens sollte einen Ersatz für die verlorene Mundschleimhaut bilden.

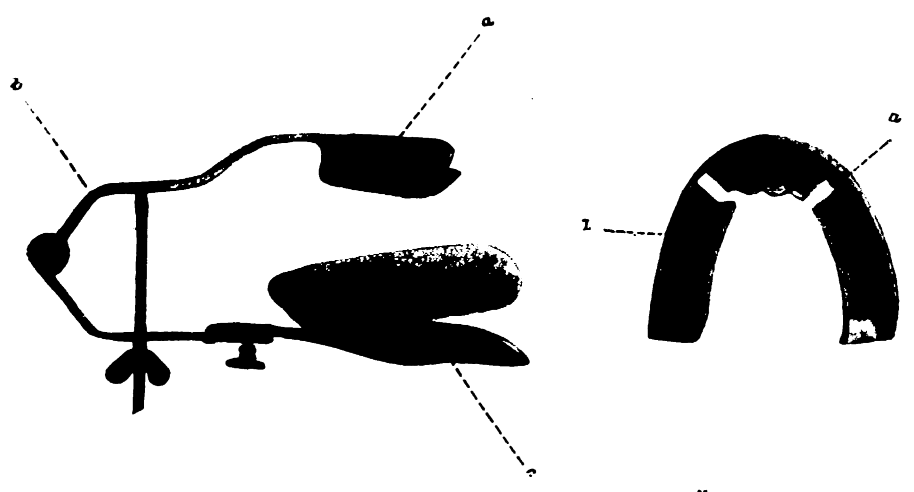
Herhold (Altona).

---

16) **Matas.** An adjustable metallic interdental splint for the treatment of fracture of the lower jaw.

(Annals of surgery 1905. Januar.)

Verf. unterscheidet drei Arten von Unterkieferbrüchen: 1) die einfachen ohne große Verschiebung der Bruchstücke; 2) die multiplen schweren (durch Schußverletzungen z. B.), bei welchen eine Schienenbehandlung unnütz ist, und 3) die Fälle von Frakturen, welche zwischen 1) und 2) stehen. Diese letzteren eignen sich vorwiegend für Schienenbehandlung, und sind auch hierfür verschiedene Schienen angegeben, die aber alle den Nachteil haben, daß sie nicht verstellbar



sind und daher nicht für alle Kiefer passen. Diesem Übelstande hat M. durch Konstruktion einer verstellbaren Schiene abgeholfen. Dieselbe besteht aus einem Mundstück (*a*) aus sehr biegsamem Zinn, welches über die Zähne gelegt wird und sich infolge zweier Einschnitte verlängern läßt. Drei Modelle verschiedener Größe werden vorrätig gehalten. Ferner aus einer Kinnplatte (*b*) zur Aufnahme des Kinnes; beide sind verbunden durch einen Stahlbogen und werden durch die Schraube (*c*) festgemacht. Eine andere Schraube (*d*) dient zum Verlängern oder Verkürzen des Kinnstückes. Die Schiene erlaubt schmerzloses Öffnen und Schließen des Mundes, Essen und Trinken. Sechs auf diese Weise behandelte Fälle werden näher beschrieben.

Herhold (Altona).

---

17) **M. Mann** (Dresden). Über Gaumenlähmung.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XLVII. p. 1.)

Eine ausgezeichnete Arbeit, die berufen scheint, in die zurzeit noch recht verworrene Lehre von der Innervation des weichen Gaumens und dessen Lähmungen Klarheit zu bringen.

M. geht aus von Studien über die Funktion der einzelnen Gaumenmuskeln und konstruiert zunächst theoretisch das Krankheitsbild, das bei einseitiger Lähmung eines einzelnen oder mehrerer dieser Muskeln entstehen muß. Diesen Erwägungen entsprechend, konnte M. nun auch unter der großen Zahl von Bewegungsstörungen des Gaumens, die er beobachtete, drei Haupttypen unterscheiden, und zwar

1) die einseitige Lähmung des Tensor veli palatini,

2) die einseitige Pharyngopalatinuslähmung und

3) die einseitige Levatorlähmung, kombiniert mit gleichnamiger halbseitiger Lähmung des M. uvulae.

Die Wiedergabe der Symptome dieser Gruppen, die übrigens auch nur im Zusammenhange mit den erwähnten theoretischen Deduktionen und den Abbildungen recht verständlich sind, würde zu viel Raum beanspruchen, ich muß deshalb auf das Studium des Originales verweisen.

Erwähnen möchte ich nur kurz eine Tatsache, die zur Entscheidung des langjährigen Streites nach der Innervation des Gaumensegels — ob durch den Facialis oder durch den Vagus — einen wichtigen Beitrag liefert. M. fand nämlich einseitige Pharyngopalatinuslähmung öfters kombiniert mit gleichnamiger Rekurrenslähmung, einseitige Levatorlähmung dagegen öfters bei Facialisparalyse derselbe Seite.

Wahrscheinlich haben wir daraus den Schluß zu ziehen, daß der Pharyngopalatinus manchmal (nicht immer!) vom Vagus innerviert wird, der Levator von Facialisästen, die mit dem N. petrosus superficialis major den Hauptstamm verlassen. **Hinsberg** (Breslau).

---

18) C. Göbel. Über die Lipomatosis des Hypopharynx (Cavum pharyngo-laryngeum), ihre Beziehung zu den sog. Ösophaguspolypen und den tiefgelegenen Halslipomen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 196.)

Der sehr interessante und in seiner Art isoliert dastehende Fall, den G. im Diakonissenhospital in Alexandrien operierte und der vorliegender Arbeit zugrunde liegt, ist von G. bereits auf der vorjährigen Naturforscherversammlung publiziert, und verweisen wir auf den diesbezüglichen Selbstbericht des Autors im Jahrgang 1904 p. 1333 unseres Blattes. Die vorliegende Arbeit bringt zunächst die ausführliche Krankengeschichte, in welcher die beigegebene Photographie den Kranken seinen einer zweiten Zunge ähnlichen »Ösophaguspolypen« aus dem Munde gezogen zwischen den Fingern haltend darstellend besonders hervorzuheben ist. Die an die kasuistische Mitteilung angeknüpfte allgemeinepikritische Durcharbeitung der Beobachtung nebst kritischer Verwertung der einschlägigen Literatur führt G. zu neuen Ansichten über die pathologische Bedeutung und Stellung der Speiseröhrenpolypen, die, in der Mehrzahl der Fälle ihren Namen mit Unrecht führend, richtiger als Polypen des »Hypopharynx« (v. Mikulicz)

zu benennen wären, sowie der Kehlkopflipome und tiefgelegenen bezw. bis an Rachen-, Kehlkopf-, Schleimhaut wurzelnden äußeren Halslipome. G. hält dafür, daß alle diese Geschwulstbildungen pathologisch gleichwertig seien, indem sie auf Produktionen des Submukosagewebes, auf eine Lipomatose des untersten Rachens zurückzuführen seien und gelegentlich, wenn auch selten, wie in G.'s eigenem Falle, sich kombinieren können. Wenn die eigentümlichen Speiseröhrenpolypen, die zungen- oder gurkenartig aus dem Munde vorgebracht werden können, mehr fibrom- als lipomartig erscheinen, außerdem in der äußeren zylindrischen und langstieligen Form von gewöhnlichen Lipomen stark abweichen, so ist das dadurch erklärlich, daß sie durch den Schluckakt, auch wohl durch ihre eigene hängende Schwere eigentümlich quasi durch Massage zurechtmodelliert und auch wohl histologisch verändert werden. Allen Geschwüren ist übrigens Reichtum an elastischem Gewebe eigentümlich, ein Umstand, den G. auch für seine Theorie verwertet, da der Hypopharynx sich physiologischerweise durch reichliches elastisches Gewebe auszeichnet. G. hält seine Theorie für Beurteilung der fraglichen Geschwulst deshalb für völlig ausreichend und glaubt, für ihr Wachstum nur eine kongenitale Versprengung oder ein Isoliertbleiben von Fettgewebskeimen annehmen zu brauchen. Die Diagnostik und Symptomatologie der Geschwulst ist im ganzen einfach, macht aber unter Umständen natürlich den Kehlkopfspiegel erforderlich. Die Prognose kann bei der heutigen Operationstechnik durchgängig für günstig angesehen werden. Reine Kehlkopflipome können endolaryngeal angegangen werden, für tiefer gelegene und größere Geschwülste kommt die Pharyngotomia subhyoidea und lateralis in Frage.

Die ihren Gegenstand gründlich erörternde Arbeit ist interessant und anregend geschrieben. Beigefügt ist eine tabellarische Übersicht der gesammelten, zu dem Kapitel bezüglichen Geschwulstbeobachtungen, nach topographischem Gesichtspunkt in 8 Gruppen geteilt, und ein Literaturverzeichnis von 57 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

19) **I. R. Hunt.** Acute infectious osteomyelitis of the spine and acute suppurative perimeningitis.

(New York med. record 1904. April 23.)

In einem längeren Artikel über die akute infektiöse Osteomyelitis der Wirbelsäule wird besonders auf die unter verschiedenen Titeln wie retropharyngeale Abszesse, tiefe Halsabszesse, mediastinale, retroperitoneale, paranephritische Abszesse, als aus oben genannter Quelle stammende Eiterungen hingewiesen und auseinandergesetzt, daß der Terminus »primäre eitrige Perimeningitis« fallen gelassen werden müsse, da die Erkrankung stets von einem osteomyelitischen Herde herstamme.

Besprechung der Symptome und Literatur und zwei eigene Beobachtungen sind in der Arbeit enthalten. **Loewenhardt** (Breslau).

20) D. v. Navratil. Über die Heilung der Ösophago-Trachealfisteln. Eine neuere Ösophagusnaht.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 467.)

Verf., Operateur an der Dollinger'schen Klinik in Budapest, beschreibt zunächst einen dort beobachteten Fall von Ösophago-Trachealfistel, an dem ohne Nutzen die Gastrostomie ausgeführt worden ist. Während des Lebens war Tuberkulose angenommen, doch ergab die Sektion, daß die Fistel durch Zerfall eines Gumma entstanden war. Im Anschluß hieran gibt N. unter Benutzung der Literatur einen Überblick darüber, was bislang über Vorkommen und Heilbarkeit der fraglichen recht seltenen Fistelbildung beobachtet und bekannt geworden ist. Sodann folgt ein Bericht über von N. an Hunden ausgeführte Experimente, deren Zweck darin bestand, den Tieren erst eine Ösophago-Trachealfistel beizubringen und diese dann zu schließen. Die Details der Versuche, die zum Teil von Erfolg waren, können übergangen werden, es genüge, folgende Technizismen als originell zu erwähnen. Nachdem kleine Fenster in die einander anliegenden Schlauchwände geschnitten, benutzte N. zu deren Offenerhaltung bei gleichzeitigem Abschluß eine doppelknopfartige Prothese, deren einer Knopfteil in die Luftröhre, der andere in die Speiseröhre zu liegen kam, derart, daß doch die Lichtungen beider Kanäle nicht kommunizierten. Er benutzte ferner zur Speiseröhrennaht statt gewöhnlicher Knopf- bezw. fortlaufender Naht die Tabaksbeutelnaht und glaubt, dieser wesentliche Vorzüge zuerkennen zu müssen: die größten Defekte des Rohres könne man mit ihr zusammenziehen, ohne eine spätere Striktur befürchten zu müssen. Da übrigens auch bei sorgfältigster Naht von Luft- und Speiseröhre, wenn beide in unmittelbarer Berührung miteinander bleiben, ein sicheres Dichthalten der Nähte nicht zu erzielen ist, versuchte N. einmal mit bestem Erfolge zwischen die genähten Wände beider Kanäle ein beweglich gemachtes Randstückchen der Schilddrüse einzuschalten. Die Granulationen auf diesem Schilddrüsenstück unterstützten die Heilung der Ösophagustabaksbeutelnaht, indem sie auf diese zusammenziehend und verdeckend einwirkten. Mit diesem Hilfsmittel glaubt N. auch in der praktischen Chirurgie Resultate erzielen zu können. Bei Gegenwart größerer Ösophago-Trachealfisteln, meint er, wäre auf diesem Wege zunächst der Defekt der Speiseröhre zu beseitigen. Der Defekt in der Luftröhre wäre dann in einem zweiten Akte vorzunehmen, bei welchem ein Stückchen Rippenknorpel eingelagert werden könne. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

21) F. de Quervain. Die akute, nicht eitrige Thyreoiditis und die Beteiligung der Schilddrüse an akuten Intoxikationen und Infektionen überhaupt.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie 1904. II. Supplbd.)

Verf. gibt eine eingehende Schilderung der akuten, nicht eitrigen Thyreoiditis in monographischer Darstellung auf 165 Seiten mit 6 Tafeln,

basierend auf sechs eigenen Fällen, deren einer operiert und genau mikroskopisch untersucht wurde, und eingehendster Berücksichtigung der Literatur über diese im ganzen nicht häufig beobachtete Krankheit.

Wohl zu unterscheiden ist die Thyreoiditis, d. h. die Entzündung der vorher wenig oder gar nicht veränderten Schilddrüse, von der Strumitis, der kropfig veränderten Drüse; letztere ist bisher viel häufiger beobachtet und viel genauer studiert worden als erstere. Bei der echten Thyreoiditis hat man die nicht eitrige Form von der eitrigen zu trennen; die erstere ist durchaus nicht etwa bloß ein Vorstadium der letzteren, sondern eine Krankheit für sich. Sie kommt einmal vor als klinisch sekundäre Form bei Abdominaltyphus, Cholera, Variola, Diphtherie, Scharlach, Masern, Influenza, akutem Gelenkrheumatismus, Orchitis und Parotitis, Angina, Erysipel, puerperaler Erkrankung, Malaria, sodann als klinisch primäre Form; bakteriologische Untersuchungen gaben bisher bei derselben ein negatives Resultat.

Pathologisch-anatomisch hat man zu unterscheiden die interstitielle Form, bisher nur bei eitrigen Fällen beobachtet, und parenchymatöse. Diese letztere ist gekennzeichnet durch Vermehrung, Abstoßung und Entartung der Epithelzellen, Veränderung und Schwund des Kolloids, Eindringen von multinukleären Leukocyten, kleinen Rundzellen und größeren zelligen Elementen in die Bläschen, Bildung von Fremdkörperriesenzellen um nicht resorbierte Kolloidschollen, Auftreten von bindegewebigen Organisationen; endlich gibt es noch gemischte Formen.

Es folgt die Schilderung der Symptome und des Verlaufes. Die Prognose ist günstig, nur bei stärkerer Luftnot ist die operative Entfernung einer Schilddrüsenhälfte angezeigt. Diagnose ist leicht.

Anregend ist die dann folgende Besprechung der Beziehungen der Thyreoiditis zur Basedow'schen Krankheit. Einmal gibt zu denken, daß auch der Basedow nicht selten nach akuten Infektionskrankheiten auftritt, und sodann ist bemerkenswert, daß der histologische Befund bei Thyreoiditis und Basedow ein sehr ähnlicher ist.

Zur richtigen Würdigung des histologischen Bildes der Thyreoiditis untersuchte Verf. die Schilddrüse an Leichen von Leuten, die an den verschiedensten toxischen und infektiösen Allgemeinerkrankungen gestorben waren. Es fanden sich histologische Veränderungen des Organes bei den mannigfaltigsten Erkrankungen; dagegen waren solche bei Krebskachexie, Diabetes, Nephritis, Urämie und Morbus Addisoni nicht nachweisbar.

Zur experimentellen Erzeugung entzündlicher Veränderungen an der Schilddrüse injizierte Verf. bei Hunden und Affen Mikroorganismen, Toxine und chemisch reizende Stoffe in das Schilddrüsengewebe, studierte ferner den Einfluß der venösen Stauung auf die Schilddrüse. Abnahme der Färbbarkeit, Körnigwerden und schließlicher Schwund des Kolloids in den Bläschen, Desquamation von Epithelzellen nach dem Innern der Bläschen wurden dabei beobachtet.

Haeckel (Stettin).

22) **Paessler.** Beitrag zur Pathologie der Basedow'schen Krankheit.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIV. Hft. 3.)

Operationen bei Basedowkröpfen werden bekanntlich oft von Verschlimmerungen der Krankheit gefolgt, die sich am ehesten als Vergiftungserscheinungen deuten lassen; man nimmt vielfach an, daß es sich um eine Vergiftung mit spezifischem Basedowgifte handle, das durch die Operation an der Drüse Gelegenheit erhalte, in größerer Menge als sonst in den Säftestrom des Organismus zu gelangen. Um das zu prüfen, nahm P. eine frisch vom Menschen exstirpierte Basedowkropfhälfte und spritzte von dem Extrakt Kaninchen und Hunden in die Venen. Als Indikator der Wirksamkeit wählte er ausschließlich das Verhalten des Pulses, da die Pulsbeschleunigung das regelmäßigste Symptom der Basedow'schen Krankheit ist. Die intravenöse Injektion beträchtlicher Mengen von Basedowkropfextrakt bewirkte keine Pulsbeschleunigung. Dieses Resultat kann keineswegs als Widerlegung der Moebius'schen Schilddrüsentheorie des Basedow aufgefaßt werden, da der negative Ausfall der Versuche vielfach gedeutet werden kann; das eine aber geht daraus hervor, daß das Basedowgift, falls es existiert, keine einfache direkte Giftwirkung, wie etwa ein Ptomain, auf den Kreislauf des Warmblüters ausübt. **Haeckel** (Stettin).

23) **Schellenberg** und **Scherer.** Was leistet die Röntgendurchleuchtung des Brustkorbes als Diagnostikum bei tuberkulösen Lungenerkrankungen?

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. III. Hft. 2.)

Die Verff. (an den Lungenheilstätten in Beelitz) gingen so vor, daß der eine die klinische Untersuchung, der andere die Röntgenuntersuchung ausführte. Das geschah bei 320 Pat.

Das Resultat war, daß sich die Röntgendurchleuchtung als eine der klinischen Untersuchungsmethode gleichwertige erwies, sie bald übertraf, bald hinter ihr zurückblieb. Sie gibt in der Regel ein besseres Bild über den Umfang der Erkrankung als die anderen Methoden, ebenso ermöglicht sie eine schärfere Beobachtung des Verlaufes der Krankheit. Spezifisches zu erkennen ist mit ihr nicht möglich. Es gibt Fälle, wo sie versagt. Ob sie für die Frühdiagnose der Spitzenaffektionen von Wert ist bezweifeln die Verff.

Sie arbeiteten mit einem Walterapparate von Reiniger, Gebbert und Schall. Die Technik ist bis ins einzelne geschildert.

W. v. Brunn (Rostock).

Kleinere Mitteilungen.

24) XVII. Congrès français de chirurgie (17. en 22. Oktober 1904).

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 11.)

Traitement chirurgical de la cirrhose du foie.

Montprofit (Angers) (Rapporteur): Die verschiedenen chirurgischen Eingriffe, die bisher zur Heilung der schweren Formen der Lebercirrhose versucht wurden, sind die Parazentese, Laparotomie mit und ohne Drainage, vaginale Laparotomie, die Talma'sche Operation, Omentopexie, und neuerdings die Anlegung der Anastomose zwischen Vena portae und cava (Eck'sche Fistel). Diesen letzteren, am Menschen schwer ausführbaren Eingriff hat Tansoni bei Tieren von 12mal 9mal erfolgreich durchgeführt; Vidal (Périgueux) sah sich genötigt, ihn am Menschen zu machen wegen Unmöglichkeit der Omentopexie, und hat operative Heilung erzielt. Nach 4 Monaten erlag der Kranke einer foudroyanten Pyämie.

Konkurrenzoperationen der Talma'schen sind die Peritonealdrainage, die Abschabung des Bauchfelles, die Hepatopexie, die Splenopexie, die Einheftung der Milz in eine Retroperitonealtasche, die Cholecystostomie.

Der Ausgang der Operation hängt wesentlich ab von der Form der Cirrhose, ob hypertrophische oder atrophische, und dem Allgemeinzustande der Kranken, und schwankt zwischen 15—40%.

Die Aufstellung der Indikation für die Talma'sche Operation stößt auf große Schwierigkeiten; die ersten Erscheinungen der Cirrhose sind vieldeutig, unbestimmt; ist das Auftreten von Ascites das erste Zeichen von der Behinderung des Blutdurchtrittes der Pfortader durch die Leber? ist er die Grenze der Zulässigkeit medikamentöser Behandlung?

M. glaubt, daß man noch während des Status der Hypertrophie, bei beginnendem Ascites operieren solle, jedenfalls sobald wie möglich, um gute Erfolge zu erzielen, und rechnet 70% Heilungen aus seiner 224 Operationen umfassenden Statistik; Dauerheilungen fand er 35%. Somit hält er, besonders in Anbetracht der großen Zahl gebesserter Fälle, die Operation für die notwendige Behandlung der Lebercirrhose.

E. Schwartz (Paris) verfügt über fünf Fälle operativer Behandlung der Cirrhose; ein Operierter befand sich 14 Monate lang sehr wohl. Notwendig zum Erfolge sei ein noch relativ günstiger Zustand des Leberparenchyms. Die Größe und Dilatation der venösen Gefäße im Netz und Bauchfelle stellten eine ernstliche Unbequemlichkeit bei der Operation dar, und man müsse vorsichtig jede Verletzung derselben vermeiden.

Jayle (Paris) sucht die Ursache des Ascites in der Reizung des Peritoneums und rät vor allem zur Punktion, bei nicht ganz sicherer Diagnose, besonders bei Frauen, zur Laparotomie, welche ihm zweimal gestattete, bösartige Geschwülste der Eierstöcke zu entfernen. Ein Mann, den er wegen cirrhotischen Ascites punktiert hat, blieb bis zu seinem 2 Jahre später erfolgten Tode frei von Ascites; hätte er die Omentopexie ausgeführt, würde man ihr den Erfolg zugeschrieben haben.

Brunswic le Bihan (Tunis) hat sechsmal bei nicht alkoholischer Cirrhose ohne therapeutischen Erfolg operiert und hält es für möglich, daß der Laparotomie bei wirklichem Heileffekte der gleiche — noch unbekannte — Einfluß zukommt wie bei tuberkulöser Peritonitis.

Willems (Gand) konnte bei seinen vier Talma-Operationen nichts Günstiges bemerken, und findet Montprofit's Statistik recht optimistisch im Vergleiche zu einer deutschen, die auf 250 Operationen 10 Dauererfolge zählt. Der Zustand der Leberzellen müsse für die Indikation maßgebend werden, und er hofft auf weitere Aufklärung durch Kryoskopie und Bluntuntersuchung.

Tuffier (Paris) meint, ohne genaue Untersuchung des Ascites müsse man sehr vorsichtig in der Beurteilung des Erfolges sein, um ihn nicht einer Omentopexie

zuzuschreiben, wo er — wie bei tuberkulösem Ascites — der Laparotomie als solcher gebührt.

Lejars (Paris) bedauert, daß Montprofit sich nicht über den therapeutischen Wert der Cholecystostomie bei Cirrhose geäußert hat; L. verfügt über einen seit $1^1/_2$ Jahren gebesserten Fall; desgleichen einen nach Talma operierten. Die Hauptsache sei doch, wieweit das Lebergewebe noch funktionsfähig sei.

Delagénière (le Mans) hat bei seinen 10 Fällen recht gute Erfolge gesehen; er hat es versucht mit dem Talma (1mal, gest.), der einfachen Cholecystostomie (6mal, einmal mit 5jähriger Besserung), 2mal Cholecystostomie mit Hepatopexie (8jähriger Erfolg), und hat dieser letzten Operation die Omentopexie hinzugefügt in einem Falle von atrophischer Cirrhose; der vor 4 Jahren operierte Kranke lebt noch.

Villar (Bordeaux) verfügt über 4 Beobachtungen mit unbefriedigenden Folgen; er glaubt, die Explorativlaparotomie leistet das gleiche.

Mauclaire (Paris) hat nichts Besseres erfahren.

Malherbe (Nantes) meint, daß er in zwei von ihm operierten Fällen sich besser auf die Punktion beschränkt hätte, und weist auf die Gefahren der Chloroformnarkose bei mit Ascites Erkrankten hin.

Bardesco (Bukarest) berichtet sehr ausführlich über 6 Fälle, bei denen schon lange Ascites bestanden und wiederholt Entleerung durch Punktion vorausgegangen war. Vier davon wurden für lange, bis 28 Monate, gebessert, und nur bei zweien waren erneute Punktionen erforderlich. Bei der Unsicherheit, von vornherein zu entscheiden, ob eine Cirrhose heilen werde oder nicht, sei es empfehlenswert, frühzeitig zu operieren. B. beschreibt dann seine Operationsmethode, die in einer Taschenbildung zu beiden Seiten der Laparotomiewunde hinter den Rectis besteht, zum Zwecke, das Netz hineinzulagern und zu fixieren.

Vidal (Périqueux) wünscht exaktere Auskunft über Beschaffenheit der Leber und des Ergusses in den einzelnen Fällen. Nach ihm ergab sich die Berechtigung der Talma'schen Operation aus den Blutungen durch Überfüllung des Pfortadersystems.

Roux (Lausanne) beschuldigt hauptsächlich den schlechten Zustand der Kranken und ihre unvernünftige Lebensweise nach der Omentopexie als Ursache für die Mißerfolge.

Depage (Bruxelles) verfügt nur über einen — erfolglosen — Eingriff.

Reynès (Marseille) spricht in gleichem Sinne.

Montprofit (Schlußwort): Die alkoholische Lebercirrhose werde von medizinischen Autoritäten als heilbar anerkannt, falls eine frühzeitige rationelle Behandlung stattfinde. Demnach sei der Erfolg der Talma'schen Operation hier diskutabel. Ebenso bekannt sei jedoch die Unsicherheit der Frühdiagnose, und es sei wertvoll, zu wissen, daß man auch der atrophischen Cirrhose gegenüber nicht hilflos dastehe, deren Heilbarkeit oder Besserung durch die verschiedenen Operationen durch die Statistik bewiesen sei. Im übrigen müsse es vorläufig, mangels allgemeiner Regeln, dem einzeln überlassen bleiben, auf Grund eigener Erfahrungen seine Indikationen auszubilden.

Valeur séméiologique de l'examen du sang en chirurgie.

Th. Tuffier (Paris) (Rapporteur): Die Wichtigkeit der Kenntnis der Blutbeschaffenheit und ihrer Veränderungen bei den chirurgischen Leiden ist heute anerkannt; Gerinnbarkeit, Gefrierpunkt, Leukocytenzahl, Prozentverhältnisse der morphologischen Bestandteile müssen geprüft, verfolgt und für die Beurteilung des Falles verwendet werden. Die verschiedenen chirurgischen Krankheiten und Zustände, bei denen die systematische Blutuntersuchung von Wert ist, werden aufgeführt.

Sonnenburg (Berlin) zieht aus den Untersuchungsergebnissen von 500 Appendicitisfällen folgende Schlüsse: Die Zahl der Leukocyten steht im Verhältnis zur Virulenz des Falles; niedrigere Mengen deuten auf ein Versagen des Organismus. Während gleichzeitiger Abfall von Temperatur und Leukocytenzahl günstige

Wendung anzeigen, ist ein sehr steiler Abfall der letzteren von schlechter Bedeutung. Hyperleukocytose mit schweren Allgemeinerscheinnngen, noch mehr solche und mäßige Vermehrung drängen zum Eingriffe.

Fargas (Barcelona) fand normale Leukocytose überall, wo eingekapselte Prozesse keinen allgemein schädigenden Einfluß ausübten, vermehrte bei den Eiterungen.

Cazin (Paris) stützt seine Erfahrungen auf die Leukocytenkurven. Positive und gleichbleibende Untersuchungsergebnisse sind wertvoll für die Stellung von Indikationen; selbst Temperatur- und Pulskurven sind nicht von gleichem Werte. Nach Perforationen — Typhus z. B. — tritt die Leukocytenvermehrung nicht schnell genug ein, daß mit dem Eingriffe bis zu ihrer Etablierung zu warten sei. Negative Befunde schließen die Existenz älterer salpingitischer und appendicitischer Eiterherde nicht aus.

Reynier (Paris) führt drei Fälle an, bei denen die Blutkörperchenzählung ihn seiner Ansicht nach im Stiche gelassen.

Sébileau (Paris) weist hin auf die wertvollen Aufschlüsse, die man aus der Untersuchung des Blutes und der Lumbalpunktion für die Differentialdiagnose otitischer Komplikationen erhalten kann. Er zählte bei einfacher Mittelohrentzündung 9000; Mastoiditis 12000; Subduralabszeß 13000; Sinusphlebitis 25000; Hirnabszeß 9—13000.

Silhol (Marseille) versichert, daß — mit ganz vereinzelten Ausnahmen — die Cytodiagnose bei Appendicitis ein sicherer Führer sei.

Tuffier (Paris) erwähnt noch, daß nach jeder Operation Störungen im Zahlenverhältnis der Blutzellen eintreten. Auf die Ergebnisse der Blutuntersuchung dürfe man erst dann seine Indikationen aufbauen, wenn die übrigen klinischen Untersuchungsmethoden im Zweifel ließen.

Decollements traumatiques des épiphyses.

Kirmisson (Paris) (Rapporteur): Die Zahl der veröffentlichten Fälle von traumatischer Epiphysenlösung ist — seit Poland (1898) etwa 700 sammelte — noch bedeutend gewachsen. Die Ursache ist für den Oberschenkel meist eine Torsion, für den Oberarm direkter Stoß (Fall), sonst indirekte Gewalteinwirkung. Es werden am häufigsten das untere Femur- und Radiusende, die obere Humerusepiphyse betroffen. Ausgesprochene Beweglichkeit, deren Zentrum dicht an der Gelenklinie, oft auch leise Krepitation gestatten, die Verrenkung auszuschließen. Die Verschiebungen können so beträchtlich sein, daß sie operative Korrektion verlangen; auch ernste Komplikationen — Gefäßverletzungen mit nachfolgender Gangrän — wurden beobachtet. Wachstumshemmung scheint nur dann einzutreten, wenn die produktive Zone — und nicht alle Epiphysenlinien sind in gleichem Maße produktiv — geschädigt sind. Curtillet hat nur 24 Fälle gesammelt, in denen das Längenwachstum ausblieb.

Froelich (Nancy) hat dreimal Epiphysentrennung mit nervösen und Wachstumsstörungen beobachtet, einmal am unteren Radius-, zweimal am oberen Humerusende; in einem dieser Fälle betrug die Verkürzung 3 cm; dabei bestand Lähmung der Schultermuskeln und Schlottergelenk: der andere, mit Ulnarislähmung verbunden, war als Verrenkung behandelt worden.

Mounoury (Chartres) berichtet von einer Epiphysenlösung der Schulter, die ohne Radiographie nicht von Lux. subcorac. zu unterscheiden war. Die Reposition war leicht.

Willems (Gand) weist auf den Umstand hin, daß Epiphysenlösungen des unteren Humerusendes vor 5 Jahren mittels Röntgenstrahlen nicht zu erkennen waren und wohl deshalb so selten beschrieben sind.

Bardesco (Bukarest) berichtet von zwei interessanten Beobachtungen von Epiphysentrennung. Das eine Mal handelte es sich um das untere Femurende (Umdrehung im Rade), das andere Mal um die distale Tibiaepiphyse. Diese war nicht reponiert worden: es blieb eine merkliche Einknickung und Verkürzung von 6 cm, welche durch eine kompensatorische Verlängerung des Femur (?) von 5 cm fast ausgeglichen wurde.

Coudray (Paris) meint, es lasse sich im einzelnen Falle schwer sagen, wann nur ein juxtaartikulärer Bruch, wann eine Epiphysenlösung vorliege. Letztenfalls müsse der Regel nach jedesmal eine Verkürzung eintreten, während bei einer Entfernung der Bruchlinie von der Wachstumszone von 2—3 mm deren Funktion nicht so erheblich geschädigt werde. Er warnt vor zu vielen Eingriffen bei resultierenden Deformitäten, die übrigens bei den juxtaartikulären Brüchen häufiger seien als nach der eigentlichen Epiphysenlösung.

Reboul (Nimes) hat zwei Fälle von Epiphysenlösung am unteren Femurende mit Drehung der Epiphyse um ihre frontale Achse nach vorn beobachtet; einmal glückte die operative Reposition vollkommen, im anderen trat bei bestehender Nephritis Hautgangrän und Nekrose der Bruchstücke hinzu, die die Amputation nötig machten.

Broca (Paris) findet das Hauptinteresse der Verletzung in ihrem Mechanismus, der häufiger indirekt als direkt einwirke. Wo an der Epiphyse Bänder und Sehnen ansetzen, wird meist durch indirekte Gewalt Abreißung und starke Verschiebung herbeigeführt. Die Epiphysenlösung wird bei Kindern öfters doppelseitig beobachtet.

Walther (Paris) hat die Epiphylenlösung des oberen Humerusendes stets unter den Zeichen einer Verrenkung gesehen. In veralteten Fällen beschränkt man sich auf Abtragung von Knochenvorsprüngen; der Humerus ist etwas verkürzt, aber sonst ausreichend. Knochenzacken, die in frischen Fällen die Reduktion hindern, sind natürlich zu entfernen.

Roux (Lausanne) ist mit einer Ausnahme ohne Operation ausgekommen,

Poncet (Lyon) hingegen öfters in der Lage gewesen, den Knochensporn zu entfernen mit günstigen Erfolgen für später.

Kocher (Bern) sah in einem Falle von Lösung der unteren Femurepiphyse nach Abnahme des Verbandes die Verschiebung derselben nach hinten sich wiederherstellen. Trotzdem war später die Funktion gut.

Montprofit (Angers) sah sich zweimal genötigt, das obere Diaphysenende zu resezieren, weil es die Haut zu durchbohren drohte. Beidemal dürfte Verrenkung diagnostiziert worden sein.

Coudray (Paris) glaubt, daß die großen Verschiebungen nicht der Epiphysenlösung, sondern den Diaphysenbrüchen zukämen.

Froelich (Nancy) beobachtete einmal Einklemmung der Haut zwischen Epi- und Diaphyse; dies war als Einziehung später noch kenntlich.

Kirmisson (Paris) (Schlußwort): Trotz der wertvollen Aufschlüsse durch die Röntgendiagnostik bleibe doch manches noch dunkel; er fordere zu recht sorgfältiger Verfolgung des weiteren Schicksales der Verletzten mit Epiphysenlösung auf behufs Klörung der Prognostik.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Thiéry (Paris): Les accidents graves du chloroforme et les moyens d'y remédier.

Empfehlung der Tracheotomie mit nachfolgender Lufteinblasung. 20 Erfolge in 23 Fällen. Mißerfolge fallen nicht der Methode, sondern dem Operateur zur Last.

Malherbe (Paris): Le chlorure d'éthyle comme anésthétique général de longue durée.

Es genügt, die Kompresse vor die Nase zu halten; die Narkose kann auf 60 Minuten ausgedehnt werden und empfiehlt sich auf dem Land, in Notfällen usw.

Tilanus (Amsterdam): Sur la fixation des tendons dans le traitement des paralysies.

Wo die Sehnentransplantation nicht angängig ist, erreicht man Korrekturen durch Tiefernähen der durchtrennten Sehnen. T. hat die Operation 8mal, darunter 4mal bei Pes varus, mit befriedigendem Ergebnis ausgeführt.

Tuffier (Paris): Traitement radiothérapique des cancer.

Es eignen sich dazu nur solche über größere Hautstrecken ausgebreitete Krebse, die nicht mehr operativ angegriffen werden können.



Czerny (Heidelberg): L'action du radium sur les tissus vivants.

Durch Radiumwirkung erzielte Umwandlungsprodukte von Ovolecithin rufen, unter die Haut gespritzt, die gleichen Änderungen im Gewebe hervor, wie Radium selbst. Der Effekt ist abhängig vom Grade der Veränderungen der Lecithinderivate. Man hofft, ein gegen lecithinreiche Neubildungen — Karzinom, Drüsen — wirksames Serum auf diesem Wege zu gewinnen.

Doyen: Les nouveaux traitements du cancer.

Mit den von ihm dargestellten Seris hat er bei 242 Fällen sehr bemerkenswerte Resultate erzielt: 42 seit Jahren beständige Heilungen neben 128 nicht beeinflußten — weil zu vorgeschrittenen und zu spät behandelten Fällen. Er stellt als Indikation für die Behandlung nach seiner Methode auf: 1) Klinisch sichergestellte Krebse von einer Ausbreitung, daß postoperatives Rezidiv zu erwarten ist; 2) solche, die wegen Übergreifens auf zu schonende Organe nicht mehr radikal zu entfernen wären; 3) solche, die wegen zu breiter Flächenentwicklung nicht zu exstirpieren sind (Cancer en cuirasse).

Diskussion: Reynès (Marseille) verlangt untrüglichen experimentellen Nachweis für die Lehre Doyen's vom »Mikrok. neoformans«, der histologisch grundverschiedene Geschwülste erzeugen solle, und damit alle histopathologischen Kenntnisse über den Haufen werfe.

Poirier (Paris) ist von der Heilwirkung des Doyen'schen Serum und der Existenz seines Mikrok. neoformans nicht überzeugt.

Folet (Lille) wünscht die Einsetzung einer kompetenten Kommission zur Nachuntersuchung der so stark angezweifelten Heilmethode.

Mencière (Reims) pflichtet bei und Doyen nimmt an.

Pozzi (Paris) meint, die außerordentliche Sitzung des Kongresses solle die Kommission bestimmen.

Reynès (Marseille): Traitement des cancers inoperables du sein par la castration ovarienne.

R. stellt die Kranke vor, welche durch totale Kastration von ihrem doppelseitigen inoperablen Brustkrebs geheilt wurde: von der ulzerierten linksseitigen Geschwulst blieb noch ein kleiner Knoten, der demnächst entfernt werden soll. Warum diese wunderbare Rückbildung der bösartigen Neubildung in diesem Falle eintrat, in einem anderen, am 26. Februar 1904 operierten nicht, entzieht sich der Erkenntnis. Freilich betraf der zweite Fall ein im Puerperium aufgetretenes, rapid und mit lebhafter Entzündung wachsendes Karzinom.

Diskussion: Thiéry (Paris) hat eine der ersten gleiche erstaunliche Heilung eines doppelseitigen inoperablen Karzinoms nach Kastration zu verzeichnen.

Mencière (Reims): Un cas d'osteosarcome du fémur guéri par la phénopuncture.

Es handelt sich um Übertragung der Phelps'schen Karbol-Alkoholbehandlung tuberkulöser Knochenherde auf ein Osteosarkom des unteren Femurendes; Heilung seit einem Jahre.

Delangre (Tournai): Paraffinomes et paraffinage des cavités pathologiques.

Die Paraffingeschwülste treten in zwei Formen auf: 1) als überschüssig injizierte, schlecht modellierte Blöcke, 2) als Irritation und Schwellung des umgebenden Bindegewebes. Nach glücklichen Versuchen an Meerschweinchen hat D. auch bei Menschen zweimal Knochenhöhlen mit 10%igem Jodoformparaffin gefüllt.

Kopf und Gesicht.

André (Peronne): Plaie pénétrante du cerveau par instrument piquent. Dix crises d'épilepsie jacksonienne. Hématome intracortical évacué par trépanation au neuvième jour. Guérison.

G. Laurens (Paris): Trépanation du labyrinthe pour corps étranger enclavé dans le canal semicirculaire. Guérison.

Bei der Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Gehörgange war eine Curette

abgebrochen; es stellten sich Erscheinungen von Menière'scher Krankheit ein, und die Aufmeißelung mußte vorgenommen werden. Dabei entdeckte L. im horizontalen Bogengange das inkrustierte Stahlteilchen. L. rühmt den Vorteil, den ihm Adrenalin als Hämostatikum in der Tiefe gewährt.

Faugère (Foux): Réparation orthopédique des deux oreilles.

Ohne Einzelheiten mitgeteilt.

C. et F. Martin (Lyon): Traitement des fractures du nez.

Mit Hilfe ihres Hebels und Stützapparates, die Vortr. 1900 gezeigt, haben sie bemerkenswerte Erfolge erzielt. Die Aufrichtung der Bruchstücke geschieht ohne Narkose, der Stützapparat bleibt mehrere Tage, wird bis zur völligen Heilung wiederholt eingelegt und gereinigt.

J. Reverdin (Genf): Epithéliome non adamantin du maxillaire supérieur chez un jeune homme. Résection partielle. Guérison datant de dix ans.

Bei dem Kranken fehlte der linke II. Prämolar; man hielt deshalb die Geschwulst für eine Zahncyste; tatsächlich war sie solid und enthielt, mikroskopisch untersucht, nur Plattenepithelien, keine auf die Schmelzanlage bezüglichen Elemente.

Jacques (Nancy): Du traitement opératoire des tumeurs solides du maxillaire supérieur.

J. wendet sich gegen die zu allgemein übliche totale Resektion des Oberkiefers wegen selbst gutartiger Neubildungen, deren vollkommene Entfernung mit geringerer Gefahr auch von der Mundhöhle aus möglich sei, wenn man sich vorher von der Ausdehnung der Geschwulst durch Probetrepanation der Highmorshöhle Rechenschaft gegeben habe.

Morestin (Paris) stimmt Jacques völlig bei.

Willems (Gand): Valeur des injections préventives de sérum antistreptococcique dans les opérations plastiquées sur la bouche.

W. benutzt ein von Denys (Louvain) dargestelltes polyvalentes Serum, welches in der Dosis von ca. 20 ccm am Tage vor einer Uranoplastik den 4—5jährigen Kindern injiziert wird, ebenso wie nach beendeter Operation. Die Wunden belegen sich nicht, eitern nicht, und heilen gewöhnlich per primam.

Hals und Brust.

Ceci (Pisa): Extirpation de la carotide primitive, de la jugulaire interne et du pneumogastrique dans l'ablation d'un cancer branchiogène. Guérison.

Der so Operierte war ein 60jähriger Mann mit Arteriosklerose; er zeigte keinerlei Störungen. Es scheint demnach die gleichzeitige Unterbindung der zu- und abführenden Gefäße das Blutgleichgewicht im Gehirn nicht zu stören.

Péraire (Paris): Appareil destiné à maintenir le redressement de la tête dans le torticolis.

Der aus Karton gefertigte Apparat greift mit boleroähnlicher Schale am Brustkorb an; gleichzeitig übt er am stark übergeneigten Kopf Gegenzug mit am Schuh befestigten Gummibändern.

Moulonguet (Amiens): Rétrécissement cicatriciel et spasmes de l'oesophage.

Daß Krämpfe einen Hauptanteil an der Dysphagie bei Narbenstenosen der Speiseröhre bilden, zeigt dieser Fall, wo ein 7jähriges Kind, das verhungert wäre, am Abend der Gastrostomie Milch trinken konnte. In der Nachbehandlung verursachte die Dilatation einen Einriß mit nachfolgender schwerer Entzündung, die jedoch zurückging.

Marian (Peronne): Rupture de l'oesophage sein.

Die Verletzung war bei einem Typhuskranken wahrscheinlich durch Erbrechen entstanden, welches infolge beginnender Peritonitis aufgetreten war.

Roux (Lausanne): Résultats de la résection pour perichondrite costale tuberculeux, chez les adultes, par le procédé à tranchée préliminaire.

Gewöhnlich infizieren sich die Knorpelstümpfe resezierter Rippen, unterhalten Eiterung, erzeugen Rezidiv. Deshalb umschneidet R. genügend lange Zeit vor dem radikalen Eingriffe das Operationsfeld weit im Gesunden durch alle Lagen und schreitet zur Resektion erst, wenn frisches Narbengewebe die Knorpelstümpfe genügend isoliert hat.

Diskussion: Depage (Brüssel) überkleidet Rippen und Knorpel mit Haut.

Mayer (Brüssel): Quelques considérations à propos de la chambre pneumatique de Sauerbruch, destinée à parer aux dangers du pneumothorax.

Bericht über die Unterdruckkammer Sauerbruch's und zehn von v. Mikulicz in derselben ausgeführte Thoraxoperationen.

Diskussion: Delagénière (le Mans) meint, die Furcht vor dem Pneumothorax sei unbegründet, wenn man wisse, ihn methodisch herzustellen.

Faure (Paris) hat nie ernstere Komplikationen durch Pneumothorax gesehen.

Depage (Brüssel) hat bei Operation einer sternalen Geschwulst beide Pleuren eröffnet; der Kranke lebte noch 8 Tage.

Mayer (Brüssel) weist darauf hin, daß der Sauerbruch'sche Apparat gleichzeitige Eröffnung beider Pleuren gestatte.

Delagénière (le Mans): Wenn man zweizeitig operiere, vermeide man den gleichzeitigen doppelseitigen Pneumothorax.

Michaux (Paris) hat immer Atmungs- und Zirkulationsstörungen beim Eintritte des Pneumothorax gesehen und hält den Sauerbruch'schen Apparat für berufen, noch gute Dienste zu leisten.

Hallion (Paris) weist auf die Gefahr der Luftinfektion bei Pneumothorax hin als Folge des energischen Luftwechsels.

Martin (Genf): Corps étranger des bronches extrait par incision d'un abcès de la peroi thoracique.

Ein 14jähriges Mädchen aspiriert im Laufen eine Grasähre; darauf Pneumonie; 6 Wochen später Abszeß in der Höhe der 10. und 11. Rippe rechts. Bei Eröffnung Eliminierung der Ähre.

Ceci (Pisa): Techniqe opératoire dans l'extirpation d'un enorme kyste dermoide sacro-lombaire.

Laparotomie, Entleerung des Inhaltes, Ligatur beider Hypogastricae, Extraktion der Cyste vom Perineum her nach Resektion des Steißbeines.

Calot (Berck sur mer): Ce qu'il faut demander à tous les appareils pour mal de Pott.

C. verlangt vom Korsett nicht nur Extension durch Angreifen an Kopf und Becken, sondern auch direkten elastischen Druck auf den drohenden oder vorhandenen Buckel. Bei Gipskorsett läßt sich dies durch eine Fensteröffnung mit Hilfe von zahlreichen Wattelagen und elastischer Binde, bei Zelluloidverbänden durch ein regelrechtes verschließbares Türchen erreichen. **Christel** (Metz).

(Schluß folgt.)

---

25) **W. Rosenberger.** Mehrere Fälle von chirurgischer Lues.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Verf. betont die Schwierigkeit der Diagnose der in Geschwulstform auftretenden oder in Knochen und Gelenken lokalisierten sog. chirurgischen Lues im Spätstadium der Krankheit. Gar nicht selten sind, worauf mit besonderem Nachdrucke hingewiesen zu haben ein großes Verdienst v. Esmarch's ist, Verwechslungen mit bösartigen Geschwülsten vorgekommen und unnötige, zum Teil verstümmelnde Operationen vorgenommen worden. Um sich vor derartigen unangenehmen

Überraschungen zu schützen, muß in allen zweifelhaften Fällen, wo es angängig ist, eine Probeexzision ausgeführt oder probeweise eine antiluetische Kur von 8 bis 14 Tagen eingeleitet werden, und zwar soll stets Jod und Quecksilber zusammen und in hohen Dosen gegeben werden. Im übrigen werden aber auch Gummata, die an leicht zugänglichen Stellen sitzen und durch ihre Lage Beschwerden machen, am besten exstirpiert. Für die Versicherungspraxis ist es wichtig, daß Traumen bei latenter Lues ein auslösendes Moment zur Entstehung syphilitischer Affektionen abgeben können, und daß sich auf dem Boden eines Syphiloms Karzinom entwickeln kann.

Kasuistisch bespricht R. ausführlich zwei bereits 1902 von Meyer veröffentlichte Fälle von Lebergummaten und gibt eine tabellarische Übersicht von 32 ähnlichen Erkrankungen. Ferner berichtet er über drei Fälle von Muskelgummen (zweimal Pectoralis major, einmal Extensoren am Unterarm), über eine Analfistel auf luetischer Basis (? Ref.), über eine luetische Gonitis und über eine gummöse Infiltration der Kniekehlenhaut. Die beiden letzteren Fälle sind besonders interessant, weil sie im Anschluß an ein Trauma zur Entwicklung gekommen sind und weil die Kniegelenksentzündung lange Zeit für tuberkulös gehalten und erfolglos behandelt ist. Spezifische Behandlung brachte Heilung. **Müller** (Dresden).

26) **Keen and Sweet** (Philadelphia). A case of gunshot wound of the brain in which the Roentgen-rays showed the presence of eight fragments of the bullet.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. Juli.)

Dem in dem Titel enthaltenen Inhalt ist hinzuzufügen, daß die Fragmente eines 7 mm-Geschosses in dem beiderseitigen Hemisphärenmark eingebettet waren, und der Verletzte, der anfänglich epileptiforme Anfälle hatte, völlig genas und ein halbes Jahr nachher keinen weiteren Anfall gehabt hatte.

S. beschreibt im Anschluß daran eine Methode der Fremdkörperbestimmung, wie sie von Mackenzie Davidson angegeben wurde: Der Körperteil ruht auf einem Kasten, in welchen die Kassetten eingeschoben werden. Zur Orientierung dient das bekannte Drahtkreuz, das über den Kasten gespannt ist. Die Stellungen der Anoden werden durch zwei horizontale Zeiger, welche an einem am Kasten angebrachten vertikalen Stabe verschieblich sind, fixiert. Eine auf dem Kasten befestigte Pause der beiden Negative zeigt die beiden Schatten des Fremdkörpers, welche mittels Fäden mit den Anodenpunkten verbunden werden. Die Kreuzungsstelle entspricht dem Sitze des Fremdkörpers.

(Diese Methode bleibt hinter der mathematischen Berechnung wegen ihrer Ungenauigkeit zurück, zumal der Kreuzungspunkt der Fäden infolge der verhältnismäßig großen Entfernung von Kasten- und Kassettenniveau immer höher zu liegen kommt, als der Wirklichkeit entspricht. Ref.)

Hofmann (Freiburg i. B.).

27) **Mermingas.** Über die Krönlein'sche Operation.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1904. Nr. 12.)

Revolverschuß gegen die Stirn. Da Amaurose des rechten Auges vorhanden war und der Pat. das Gefühl hatte, als ob ein Fremdkörper im rechten Auge sei, wurde die Krönlein'sche Operation ausgeführt. Statt hierbei den Proc. frontalis des Jochbeines und den Proc. zygomaticus des Stirnbeines mit dem Meißel durchzumeißeln, führte M. eine Gigli'sche Drahtsäge mittels Deschamps' Nadel durch die Fissura orbitalis von innen nach außen unter Durchstoßung der äußeren Orbitalwand und durchsägte auf diese Weise den Proc. frontalis und zygomaticus. Das Geschoß lag dicht vor dem Foramen opticum, der Bulbus blieb erhalten; die Sehkraft war aber verloren. **Herhold** (Altona).



28) Kennedy. Case presenting a sinus which traversed the cranium completely and contained some portions of a straw hat carried into the brain by means of a spike; operation; recovery.

(Glasgow med. journ. 1905. Januar.)

Ein Junge von $3^1/_4$ Jahren fiel mit der rechten Kopfseite auf eine eiserne Spitze. Es blieb eine sezernierende Wunde zurück, die aber $3^1/_2$ Monate lang keine weiteren Erscheinungen machte. Dann plötzlich Erbrechen, Fieber und Symptome des Hirnabszesses. Die Operation ergab einen dicht über dem rechten Ohre beginnenden, das ganze Hirn quer durchsetzenden, eitergefüllten Kanal, in welchem sich durch das Trauma abgerissene Stückchen vom Strohhute des Pat. vorfanden. Tamponade. Heilung ohne jeden Defekt. **W. v. Brunn** (Rostock).

29) Kennedy. Case of large abscess of the brain; operation; recovery.

(Glasgow med. journ. 1905. Januar.)

Erfolgreiche Operation eines otitischen Hirnabszesses von erheblicher Größe. Zeichen starken Hirndruckes, Neuritis optica der rechten erkrankten Seite. Ein großer Teil des Schläfenlappens war zerstört. Um so bemerkenswerter ist die völlige Heilung. **W. v. Brunn** (Rostock).

30) Uchermann. Otitische Gehirnleiden.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XLVI.)

U. berichtet über elf otitische Hirnabszesse, die von 1891—1902 in der Ohrenklinik zu Christiania beobachtet wurden. Die Schlüsse, die sich aus der genauen Analyse bezüglich der Symptome, Diagnose, Therapie usw. ergeben, decken sich im allgemeinen mit den Resultaten anderer Beobachter. **Hinsberg** (Breslau).

31) Eulenstein. Bemerkenswerter Fall von multiplen intrakraniellen Komplikationen bei chronischer Mittelohreiterung.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XLVII. p. 84.)

Die Pat. E.'s, ein 21jähriges Mädchen, kam trotz der Schwere der Erkrankung (Cholesteatom, Extraduralabszeß, Phlebitis des Sinus und der Jugularis und periphlebitischer Abszeß, Kleinhirnabszeß, Lungenembolie) nach mehrfachen Operationen zur Heilung. **Hinsberg** (Breslau).

32) Hansberg. Kasuistische Mitteilungen.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XLIV.)

H. berichtet über neun Fälle von Sinusphlebitis, drei Hirnabszesse und zwei Operationen wegen Mastoiditis bei Diabetikern. Während der eine der letztgenannten Pat. im Anschluß an die Operation schwere Störungen zeigte (Temperaturerhöhung, Benommenheit, starke Abmagerung), verlief beim anderen die Heilung ganz normal.

Die Pat. mit Hirnabszeß (zwei otitische Schläfenlappen, ein rhinogener Stirnhirnabszeß) erlagen alle der Erkrankung. Bei einem wurde der Abszeß auf Grund einer Paraphasie richtig diagnostiziert, doch fiel die wiederholte Probepunktion vermittels Skalpells negativ aus, trotzdem der Abszeß sicher getroffen wurde. Der Eiter war so zäh, daß er sich durch die Inzision nicht entleerte. Beim zweiten Schläfenlappenabszeß, der entleert wurde, ist eine vollständige Lähmung der kontralateralen Seite, für die sich bei der Autopsie keine Erklärung fand, bemerkenswert. Der Stirnhirnabszeß fand sich erst bei der Autopsie; die Infektion war anscheinend vom Siebbein aus durch makroskopisch unveränderten Knochen erfolgt.

Besonders interessant sind die Erörterungen H.'s über den Nutzen der Jugularisunterbindung in der Therapie der Sinusphlebitis. Auf Grund von Injektionsversuchen an der Leiche weist er darauf hin, daß auch nach Unterbindung des Hauptabflußweges, also der Jugularis, doch noch infektiöses Material aus dem

Bulbus Venae jugularis bezw. dem oberen Venenabschnitt in den Kreislauf gelangen könne, und zwar durch die meist sehr stark entwickelten Venae condyloideae, durch den Sinus petrosus inferior und event. durch den Sinus marginalis.

Trotzdem also eine vollständige Absperrung des Eiterherdes durch die Jugularisunterbindung nicht erwartet werden kann, hält H. diesen Eingriff doch für sehr wichtig und in allen Fällen von Sinusphlebitis für indiziert, in denen eine Ausräumung des Sinus stattfinden soll. Die durch die Absperrung des Blutstromes im oberen Venenabschnitt geschaffenen Gefahren (Abszeß in der Vene und Periphlebitis) lassen sich durch geeignete Maßnahmen paralysieren. H. nimmt die Resektion der Vene stets vor der Sinusoperation vor, um zu verhindern, daß bei letzterer Thromben in den Kreislauf geschleudert werden.

Die Arbeit enthält noch eine große Menge interessanter Beobachtungen und Untersuchungen, die hier nicht alle referiert werden können.

Hinsberg (Breslau).

33) **W. Lange.** Ein Fall von primärem Zylinderzellenkarzinom des Mittelohres.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XLVI. p. 209.)

Die Geschwulst wurde bei der Sektion eines 83jährigen Mannes, der ohrenärztlich nicht untersucht war, gefunden. Die Geschwulst hatte zu umfangreichen Zerstörungen im Felsenbein und zur Metastasenbildung in den regionären Lymphdrüsen sowie in den Lungen geführt. Nach L. wurde ein primärer Zylinderzellenkrebs des Mittelohres bisher noch nicht beschrieben. **Hinsberg** (Breslau).

34) **Stegmann.** Nase vor und nach Hobelung im Röntgenbilde.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 1.)

Verf. zeigt uns die Röntgenbilder der Nase einer Schauspielerin vor und nach der von Gersuny vorgenommenen Hobelung des knöchernen Nasengerüstes. Es wurde eine »Profillinie von klassischer Form« erreicht. Eine Narbe ist nicht sichtbar.

Gaugele (Breslau).

35) **Motschan.** Ein Fall des Wasserkrebses, geheilt bei der Anwendung des roten Lichtes. (Aus der Kinderklinik des medizinischen Instituts für Frauen zu St. Petersburg.)

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. XL. Hft. 4—6.)

Ein Knabe von 9 Jahren erkrankte nach Scharlach, Varicellen, Masern, Otitis media suppurativa, die er hintereinander durchgemacht hatte, an Noma der linken Wange. Das perforierte Geschwür maß 3,9 : 2,5 cm. Die Diagnose war nach dem ganzen Befunde zweifellos.

Gleich nach der Aufnahme ins Krankenhaus wurde die örtliche Behandlung des Ulcus mit rotem Lichte vorgenommen. Zu diesem Zwecke benutzte man eine gewöhnliche, 16 Kerzen starke elektrische Glühlichtlampe mit rotgefärbtem Glase, der noch ein kegelförmiger Reflektor aus Blech beigefügt war. Beleuchtet wurde ausschließlich nur die Wunde, die Augen wurden geschützt. Die Entfernung zwischen dem Geschwür und der Lampe betrug 25 cm, und die Beleuchtung wurde Tag und Nacht fortgesetzt. Andere örtliche Behandlung fand nicht statt. Das Ulcus wurde nur von Zeit zu Zeit mit trockener Watte abgerieben.

Die Wirkung des roten Lichtes machte sich nun sehr bald geltend. Schon am 3. Tage schwanden die Schmerzen, die sonst der Knabe beim Öffnen des Mundes hatte. Eine Entfernung der Lampe auf 1/2 Stunde ließen dieselben sofort wiederkehren. Der Fötor schwand bei dieser Behandlung sehr rasch, und die Oberfläche des Geschwüres wurde trocken und bedeckte sich mit kräftigen Granulationen. Am 12. Behandlungstage zeigte sich bereits am oberen Rande der Wunde eine kleine Narbe, die nach weiteren 12 Tagen die ganze Geschwürsoberfläche bedeckte.

Die Behandlung mit rotem Lichte begann erst am 19. Tage der Krankheit. Sie ist bei weitem einfacher als alle bisher beschriebenen Behandlungsmethoden.

Prof. Ssokoloff wandte bereits im Jahre 1900 das rote elektrische Licht bei einer Noma zum erstenmal an. (Ssokoloff, Der Wasserkrebs beim Kinde, geheilt bei der Anwendung der roten elektrischen Lampe, Sonderabdruck aus »Botkin's Zeitung« 1900, russ.) **A. Niché** (Breslau).

36) **Tietze.** Ein Protozoenbefund in einer erkrankten Parotis.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 3.)

Bei einem 4 Monate alten Kinde hatte sich seit der 10. Lebenswoche eine Geschwulst der rechten Parotisgegend gebildet, die bis zur Größe eines Borsdorfer Apfels wuchs; am wahrscheinlichsten war die Diagnose auf Lymphangiom. Die Geschwulst wurde exstirpiert und kehrte nicht wieder; makroskopisch bot sie den Bau einer normalen, allerdings übermäßig vergrößerten Parotis dar; mikroskopisch fand sich Untergang der Drüsenelemente und Ersatz derselben durch junges zell- und kernreiches Bindegewebe. In den Drüsengängen, teils frei in der Lichtung, teils wandständig, lagen eigentümliche, meist runde Gebilde, die die Größe normaler Epithelzellen der Parotis um das 3—4fache übertrafen, sich gut färbten; der Protoplasmaleib von groben Körnchen vollgestopft, in der Mitte ein helles Bläschen, in dem ein nierenförmiges Kerngebilde ohne Körnelung oder Chromatingerüst lag. Kulturen konnten nicht gemacht werden. Protozoenkenner erklärten die Gebilde für Protozoen. Es ist anzunehmen, daß sie durch den Ductus parotideus in die Parotis aus der Mundhöhle einwanderten und die Erkrankung verursachten. **Haeckel** (Stettin).

37) **R. Winslow.** A case of so-called traumatic asphyxia.

(Med. news 1905. Februar 4.)

Verf. bereichert den in der neuesten Zeit als traumatische Asphyxie bezeichneten Symptomenkomplex um einen Fall, der einen 22jährigen, an einem Aufzuge beschäftigten Menschen betraf. Derselbe geriet durch ein Versehen derartig zwischen die Decke und den Boden des Elevators, daß der Kopf gegen die Brust und die Fersen gegen den Steiß gepreßt wurden. Ein Bruch der 4., 5. und 6. linken Rippe mit Hautemphysem, sowie eine Quetschwunde am After bildeten die Folgen. Ferner waren beide Conjunctiven mit Blut unterlaufen. Das bemerkenswerteste aber war eine bläuliche Verfärbung des Halses und Kopfes bis zum Niveau des Ringknorpels, woselbst dieselbe scharf abschnitt. Sie hatte einen punktförmigen Charakter, war aber so diffus wie ein Scharlachexanthem. Druck brachte die Cyanose nicht zum Verschwinden. Dieselbe verschwand nur ganz allmählich, so daß bei der Entlassung am 12. Tage noch eine bläuliche Verfärbung zu erkennen war. Ein der cyanotischen Partie des Halses entnommenes Stück Haut zeigte deutlich erweiterte Kapillaren, doch kein Extravasat. **Hofmann** (Freiburg i. B.).

38) **Lebrun.** Trois cas de spina bifida opérés et guéris.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1904. September.)

Von besonderem Interesse ist der Erfolg, den Verf. in einem Falle von Meningomyelokele der Lendengegend mit Paresen der unteren Extremitäten durch die Operation erzielt hat. Die Wand des Sackes wurde rechts von Arachnoidea, links von Arachnoidea und dem flächenhaft ausgebreiteten unteren Teile des Rückenmarkes gebildet. Nur das Filum terminale war frei. Es gelang, die einzelnen nervösen Elemente der Wand zu isolieren und zu reponieren. Zum Verschluß der Wirbelspalte bildet L. beiderseits einen brückenförmigen Periost-Muskel-Aponeurosenlappen. Das Periost wird von den Wirbelbögen und den Querfortsätzen abgehebelt. Die Lappen sollen etwa 2—3 cm breit sein. Sie werden über den Wirbelspalt gezogen und hier längs vernäht. In dem obenerwähnten Falle ging die Parese der Unterextremitäten völlig zurück. **Läwen** (Leipzig).

39) **D. Pupovac.** Zur Kenntnis der pathologischen Anatomie und Genese der Hydromeningocele sacralis anterior.

(Arbeiten aus dem Gebiete der klinischen Chirurgie 1905.)

Bisher sind nur ganz wenige Fälle von vorderer Spaltbildung des Wirbelkanales bekannt, und von diesen nur zwei genauer beobachtet worden. Der Fall, den P.

in der Gussenbauer'schen Klinik genauer zu beobachten Gelegenheit hatte, verdient daher das größte Interesse, da die Diagnose kaum zu stellen ist, und Fehldiagnosen verhängnisvolle Folgen haben können. Es handelte sich um eine 26jährige Pat., die wegen einer Geschwulst im Becken in Behandlung kam. Dicht am After fand sich außerdem eine nußgroße, fluktuierende Geschwulst, welche mit der inneren Geschwulst in Verbindung zu stehen schien. Bei der Operation von einem retrorektalen Medianschnitt aus wurde eine Cyste mit wasserhellem Inhalte gefunden, von der aus die Sonde mehr als 5 cm durch eine Lücke in der Mitte des Körpers des 4. Sakralwirbels in den Canalis sacralis vordrang. Die Cyste wurde reseziert und vernäht, dann die neben dem After sichtbare kleinere, mit gelbem Brei gefüllte Cyste entfernt, welche einen Fortsatz bis nahe an die erste hatte. Glatte Heilung.

Die Flüssigkeit der ersten Cyste zeigte chemisch das Verhalten von Zerebrospinalflüssigkeit. Später wurde mit Sicherheit ein Uterus bicornis und durch Röntgenbild eine Spaltung des Kreuzbeines in zwei Fortsätze vom 3. Wirbel ab konstatiert.

Der einzige, diesem genau entsprechende Fall ist von Kroner und Marchand publiziert. Auch hier war die Diagnose nicht gestellt, vielmehr in der Annahme einer Cyste des Lig. latum eine Punktion gemacht worden. Tod an Meningitis.

Verf. bespricht dann die verschiedenen Anschauungen über die Entstehung derartiger vorderer Meningokelen und kommt, speziell auch auf Grund des histologischen Befundes, zu der Ansicht, daß mangelhafter Verschluß des Canalis neurentericus ein prädisponierendes Moment dafür abgibt. Er glaubt, daß sowohl die Cystenbildung, wie der Meningokelensack auf eine gemeinsame Anlage, den Canalis neurentericus, zurückzuführen sind. Bezüglich Einzelheiten der sehr interessanten Arbeit muß auf das Original verwiesen werden. **Renner** (Dresden).

40) **Djemil-Pacha** (Constantinople). Corps étranger de la bronche droite. Rapport par M. C. Walther.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1169.)

Ein 6jähriges Kind hatte eine 4 cm lange, 8 mm breite metallene Bleistifthülse verschluckt. Einem momentan auftretenden Erstickungsanfalle folgte eine Woche völliger Ruhe; außer einem leichten Schmerz bei Druck auf die Luftröhre bestand völliges Wohlbefinden. Am 8. Tage trat ein Hustenanfall mit folgendem, mehrere Minuten dauerndem Erstickungsgefühl auf. Von da ab war der Schmerz in der Luftröhre verschwunden, der Husten hielt hingegen an und war von blutigem Auswurf begleitet. Am 10. Tage stellte D.-P. ein Verschwinden des Atemgeräusches auf der rechten Seite fest bei Erhaltenbleiben des sonoren Perkussionsschalles. Er diagnostizierte einen Fremdkörper im rechten Hauptbronchus und konnte ihn von einem tiefen Trachealschnitt aus nach einigen vergeblichen Versuchen extrahieren. Pat. genas. **Reichel** (Chemnitz).

41) **Walther.** Fistule broncho-cutanée. Excision du trajet fistuleux. Suture du poumon. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXX. p. 26.)

Nach einer Pneumotomie wegen einer zitronengroßen, etwa 5 cm unter der Oberfläche gelegenen, nicht tuberkulösen Lungenkaverne mit gleichzeitigem abgesackten Empyem blieb bei dem 35jährigen Pat. eine Bronchialfistel zurück, welche ihn außerordentlich belästigte. Er hustete häufig mit geringem Auswurf. 20 Monate nach der ersten Operation exzidierte W. deshalb den ziemlich dickwandigen, innen epidermisierten Fistelgang bis auf eine Tiefe von 4 cm, schloß seine in die Lunge mündende Lichtung durch eine feine Catgutnaht, legte darüber noch zwei etagenförmige Lungennähte und nähte die Hautwunde ohne Drainage. Heilung ohne Zwischenfall. Husten und Expektoration verschwanden vollständig.

Reichel (Chemnitz).



42) **Arnsberger.** Herzverziehung durch mediastinale Prozesse mit nachträglicher Lungenerkrankung.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. III. Hft. 3.)

Als entscheidendes diagnostisches Hilfsmittel in Fällen von Dextrokardie, wo es zweifelhaft ist, ob man es mit einem angeborenen oder erworbenen Zustande zu tun hat, hat sich die Röntgendurchleuchtung des Brustkorbes erwiesen.

Bei einem Manne, der sich in ärztlichen Gesellschaften als Fall von angeborener Dextrokardie vorzustellen pflegt, konnte A. nachweisen, daß die Herzspitze links lag, und daß das Herz im ganzen nach rechts und mit seiner Basis nach hinten verzogen war, so daß die Spitze etwas mehr nach vorn gerichtet war als gewöhnlich. Dem Befund und der Anamnese nach ist diese Verziehung auf narbige Schrumpfungsprozesse im hinteren Mediastinum zu beziehen, die wiederum von einer Bronchialdrüsentuberkulose in früher Kindheit herstammen dürften. Ein gutes Skiagramm ist beigefügt. **W. v. Brunn** (Rostock).

43) **W. Schubert.** Schuß durch das Ventrikelseptum des Herzens. Herznaht. Heilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 71.)

S. hatte die fragliche Verletzung im Hamburger Hafenkrankenhause zu versorgen. Der betreffende junge kräftige Mensch hatte sich vor 1/2 Stunde in die Brust geschossen und zeigt im linken 4. Interkostalraume 3 cm einwärts der Warzenlinie einen linsengroßen Einschuß, der nicht mehr blutet, aus dem aber zuweilen kleine Luftblasen aufsteigen. Starke Anämie, Bewußtlosigkeit. Puls 112, klein. Nach Resektion der 4. Rippe in einer Länge von 5 cm von der Knorpel-Knochengrenze nach außen wird zunächst ca. 1 Liter Bluterguß aus der Pleurahöhle entfernt. Im Herzbeutel findet sich ein hanfkorngroßes Loch, das auf 6 cm erweitert wird. Am Herzen zweifingerbreit über der Spitze, 1 cm nach rechts von den Gefäßen, ein linsengroßes, scharfrandiges Loch, nicht blutend. Ein zweites ebenso großes, aber ziemlich stark blutendes Loch in der hinteren Herzwand etwas höher gelegen als das der Vorderwand. Austupfung von ca. 100 ccm teilweise geronnenen Blutes aus dem hinteren Abschnitte des Herzbeutels. Catgutnaht der beiden Herzschußwunden, ebenso einer durch den Operateur versehentlich gemachten kleinen Herzschnittwunde. Catgutnaht des Perikards, Seidennaht der Brustwunde inkl. Pleura. Die Operation, während der vorübergehend einige Tropfen Chloroform gegeben waren, hatte 3/4 Stunde gedauert. In der ersten Zeit einige bedenkliche Erscheinungen, Krämpfe, Temperatursteigerung, schmerzhafte Herzpulsation — dann ungestörte Heilung.

Nach Leichenexperimenten nimmt S. an, daß das Geschoß das Ventrikelseptum durchschossen hat, ohne in eine Ventrikellichtung zu perforieren. Wahrscheinlich wäre bei einer Eröffnung des Ventrikels die Blutung auch größer gewesen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

44) **H. Curschmann.** Über Rachitis tarda.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 3.)

C. gibt aus der Erb'schen Klinik drei Fälle von Rachitis tarda, welche die Existenz dieser von manchen noch bestrittenen Krankheit entschieden beweisen. Ausführlich wird einer dieser Fälle, welcher noch im floriden Stadium zur Beobachtung kam, beschrieben. Ein 18jähriges Mädchen bekam Schmerzen in den Hüften, watschelnden Gang, Auftreibung der Epiphysen an den Extremitäten, rachitischen Rosenkranz, nach innen konkave Wölbung der Tibien, plattes rachitisches Becken; Stillstand im Körperwachstum war schon einige Jahre vorher eingetreten. Die Schmerzen in den Beinen nahmen so zu, daß schließlich das Gehen sehr erschwert und Pat. zu jeder Beschäftigung untauglich wurde. Auf Bettruhe, Phosphorlebertran und Salzbäder kam es innerhalb von 2—3 Monaten zum Stillstande des Leidens und Rückbildung einiger objektiver Veränderungen, vor allem aber zu einer außerordentlichen Hebung des Allgemeinbefindens.

Haeckel (Stettin).



45) **Le Fort** (Lille). Anévrysme diffus du creux poplité: suture de l'orifice circulaire. Développement d'un second anévrysme: résection très étendue de l'artère et de la veine. Guérison. Rapport par M. F. Legueu.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1180.)

Ein die linke Kniekehle von außen oben nach innen unten durchsetzender Revolverschuß hatte bei dem 52jährigen Pat. zu einem diffusen Aneurysma der Kniekehle geführt, das 2 Monate später der Perforation nahe war. Bei der Operation drang Le F. nach Entfernung der Aponeurose in einen großen, mit Blut gefüllten Sack, dessen Innenwand mit einer Art Intima einer Arterie ausgekleidet war. In seiner Tiefe sah man eine 12 mm lange, 5—6 mm breite ovale Öffnung, anscheinend das Loch in der Arterie. Le F. frischte diese Öffnung an und schloß sie durch exakte, nicht perforierende Catgutnaht, über die er zur größeren Sicherheit noch einige Bindegewebsnähte legte. Darauf komprimierender Verband. Beim ersten Verbandwechsel nach 10 Tagen, nach völlig ungestörtem Wundverlaufe, fand er die Kniekehle wiederum von einer pulsierenden Geschwulst ausgefüllt, die aber etwas weiter unten und innen als die erste saß. In der Annahme, daß die Arteriennaht nicht gehalten habe, schritt Le F. sofort zu einer neuen Operation. Zu seiner Überraschung fand er diese Naht unversehrt, die Geschwulst weiter nach vorn entwickelt. Es handelte sich um ein Aneurysma arterio-venosum, das Le F. nun durch Exstirpation der verletzten Gefäße mit Unterbindung der zu- und abführenden Arterie und Vene zur Heilung brachte. Die Untersuchung des Präparates ergab, daß die gemeinsame Gefäßscheide von dem Geschoß an zwei Stellen verletzt war; die bei der ersten Operation gelegte Naht hatte nicht das Loch der Arterie, sondern die eine Öffnung der Gefäßscheide geschlossen.

Mit Recht betont der Berichterstatter, Legueu, daß die Gefäßnaht bei Behandlung solcher Aneurysmen nicht paßt, die Ligatur vielmehr stets den Vorzug verdient. **Reichel** (Chemnitz).

46) **Bardescu** (Bukarest). Die Resektion der Nerven bei der schmerzhaften Gangrän der Glieder.

(Spitalul 1904. Nr. 21 u. 22.)

Nach den Prinzipien der konservativen Chirurgie soll man in Fällen von Gangrän nicht gleich operativ eingreifen, sondern warten, bis das nekrotisierte Stück sich zu begrenzen beginnt. In den Fällen von schmerzhafter Gangrän ist dies aber nicht gut möglich, da die Pat. die heftigen Schmerzen nicht aushalten können und infolgedessen Morphinisten werden. B. hat nun, um diesem vorzubeugen, anfangs die Nervendehnung versucht und dann zur Durchschneidung der betreffenden Nerven gegriffen, und zwar mit sehr gutem Erfolg. In einem dieser Fälle handelte es sich um einen 33jährigen Feldarbeiter, bei dem sich spontan eine sehr schmerzhafte Gangrän der linksseitigen Zehen und des Fußes bis zum Lisfranc'schen Gelenk entwickelt hatte. Epidurale Kokaineinspritzungen blieben erfolglos, ebenso auch die Dehnung des N. ischiadicus popliteus externus und internus. Endlich wurde dieser Nerv in der Fossa poplitea in einer Ausdehnung von 4—5 cm reseziert und von diesem Zeitpunkte nicht nur ein vollständiges Verschwinden der Schmerzen beobachtet, sondern auch der brandige Teil begann sich abzugrenzen, die Zehen fielen ab, und endlich konnte unter günstigen Bedingungen die klassische Desartikulation im Chopart'schen Gelenke vorgenommen werden. Die Sensibilität des ganzen Gebietes war vollständig zurückgekehrt. **E. Toff** (Braila).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 17. **Sonnabend, den 29. April.** **1905.**

Zur Behandlung vorgefallener brandiger Hämorrhoidalknoten[1].

Von

Dr. Roman v. Baracz,

Privatdozent für Chirurgie a. d. Universität zu Lemberg.

Wenn vorgefallene Hämorrhoidalknoten entzündlich anschwellen und durch den After eingeklemmt werden, bringt man die Pat. in Beckenhochlagerung und trachtet die Knoten möglichst bald zu reponieren. Wenn dies wegen der großen Schmerzhaftigkeit nicht bald gelingt, so legt man einen Eisbeutel auf den After und läßt den Kranken in dieser Stellung einige Stunden verbleiben. Wenn auch dann die Reposition nicht gelingt, dann erweitert man den After in Chloroformnarkose; hierauf gelingt die Reposition leicht (Esmarch).

Beim Brand vorgefallener Knoten sind die Chirurgen über das einzuschlagende Verfahren nicht einig. Die Mehrzahl derselben neigt zur Anschauung, daß weder die Radikaloperation noch Reposition bei dieser Komplikation vorgenommen werden darf, und daß unter Anwendung schmerzstillender Mittel die spontane Abstoßung abgewartet werden soll[2].

Esmarch[3] rät, den After gewaltsam zu erweitern, die Knoten zu reponieren und auf die spontane Abstoßung der gangränösen Partien zu warten, eventuell das Glüheisen anzuwenden. Dagegen raten Quenu und Hartmann[4], in solchen Fällen sofort zur Radikaloperation mittels Cauterium actuale nach der Richet'schen Methode zu schreiten. Englische Autoren, und unter ihnen Henry Smith und Harrison Cripps, raten wieder, die spontane Abstoßung der gangränösen Partien abzuwarten.

In den letzten Jahren habe ich Gelegenheit gehabt, drei Fälle von Vorfall, Einklemmung und Gangrän der Hämorrhoidalknoten zu beobachten und in allen dreien bin ich sofort zur Radikaloperation geschritten. Ich wandte dabei die alte, in Deutschland unter dem Namen der v. Langenbeck'schen und in England der Smith'schen bekannte Methode an, nämlich die Verschorfung der Knoten mittels Thermokauter von Paquelin.

Der leitende Gedanke dieses Vorgehens war der Umstand, daß wir es hier zwar mit einer, durch Aufhebung des Blutkreislaufes be-

---

[1] Nach einem in der Lemberger medizinischen Gesellschaft am 21. Oktober 1904 gehaltenen Vortrage.

[2] Vgl. Rotter, »Die Krankheiten des Mastdarmes und Afters« im Handbuche der praktischen Chirurgie Bd. III 2. Teil p. 73.

[3] Die Krankheiten des Mastdarmes und Afters. Deutsche Chirurgie Liefg. 48. p. 177.

[4] Chirurgie du rectum. T. I. p. 374.

dingten, Gangrän zu tun haben, zu welcher jedoch die lokale Infektion sich hinzugesellt hat. Ähnlich wie bei der Gangrän der Extremitäten unter solchen Bedingungen die Amputation des Gliedes angezeigt ist, um der Allgemeininfektion vorzubeugen, sollte auch hier durch rasche Beseitigung des Infektionsherdes der Allgemeininfektion des Organismus vorgebeugt werden.

Ich verfuhr deshalb folgendermaßen: Dem Kranken wurde am Tage vor der Operation Rizinusöl verabreicht und reichliche Stuhlentleerungen herbeigeführt. In tiefer Chloroformnarkose dilatierte ich den After nach Récamier, wodurch die Einklemmung beseitigt wurde und die Knoten noch weiter vorfielen. Jeder gangränöse Knoten wurde nun stark vorgezogen, an seiner Basis möglichst weit von der nekrotischen Partie eine Smith'sche Klemmzange angelegt und fest zugeklemmt; dann der Knoten unterhalb der gangränösen Partie im Gesunden mit einem Thermokautermesser abgetragen und dann der Rest des Knotens bis auf die Zange verschorft. Der Mastdarm wurde danach leicht mit Jodoformgaze tamponiert, Pat. bei strikter Diät gehalten; innerlich wurde Opiumtinktur verabreicht. Nach 6—7 Tagen bekam Pat. Rizinusöl, worauf die granulierenden Wunden mit Lapissalbe verbunden wurden. Das Verfahren wich somit von den bei unkomplizierten Hämorrhoidalknoten angewandten nur insofern ab, daß nicht die ganzen Knoten, sondern nach Abtragung der gangränösen Partie nur der Rest, und zwar unter Rotglut verkohlt wurde. Etwa gleichzeitig vorhandene nicht gangränöse Knoten konnte man ganz verkohlen.

Erwähnen muß ich noch, daß ich seit mehr wie 20 Jahren diesem alten Verfahren bei der Operation von Hämorrhoidalknoten immer treu geblieben bin, und immer sehr gute Erfolge damit erzielte, nie Mastdarmverengerung, Blutungen, oder Rückfälle beobachtet habe.

---

1) **Duckworth.** Note on the occurence of subcutaneous fibroïd nodules in gouty persons.

(St. Bartholomew's hospital reports 1905. Vol. XL.)

D. macht auf die Knotenbildung unter der Haut bei zu Gicht veranlagten Menschen aufmerksam, welche von den fibrösen Knoten im Verlauf eines schweren akuten Gelenkrheumatismus unterschieden werden müssen, rein fibroider Natur sind und sich unabhängig von der Gicht entwickeln; sie bilden sich in oder auf Sehnen, seltener in Fascien, Gelenkbändern und im Periost, unverschieblich gegenüber diesen Teilen, und ändern, einmal gebildet, ihre Form nicht. Am häufigsten sitzen sie über den Extensorensehnen in der Mittelhandgegend, öfters auch an den Fingergelenken. Uratische Infiltration, Durchbruch nach außen oder Erweichung wird niemals beobachtet. Auf längere Behandlung mit Jodtinktur schwinden sie manchmal.

Mohr (Bielefeld).

---

2) **B. Müller.** Ein neues Verfahren der Blutstillung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 6.)

Es ist M. gelungen, eine mit Nebennierenpräparaten imprägnierte Gaze und Watte herzustellen, welche einen bestimmten Promillegehalt unzersetzter wirksamer Substanz enthält und dabei vollkommen steril ist. Diese Verbandstoffe sollen namentlich für Blutungen aus der Schleimhaut, aus Geschwüren, Wunden, aus dem Uterus nach Entbindungen, aus Cervixrissen usw. Verwendung finden. Die Herstellung hat die Firma Max Arnold, Chemnitz i. S., übernommen, die gern Probesendungen an die Ärzte liefert. **Langemak** (Erfurt).

---

3) **Baum.** Die örtliche Einwirkung von Nebennierensubstanz, Brenzkatechin und Spermin auf die Zirkulation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904. Nr. 4.)

Die anämisierende Wirkung der Nebennierensubstanz ist um so energischer, schneller eintretend und länger dauernd, je normaler das Gewebe bezw. die Gefäße desselben sind; während normales Gewebe nach Aufhören der Anämie wieder normal erscheint, hinterläßt die Substanz eine um so größere venöse Hyperämie, je chronischer die Gewebsveränderungen sind; es hat sich deshalb die Anwendung der Substanz auf normales oder nicht schwergeschädigtes Gewebe zu beschränken. Die Substanz entfaltet nur vorübergehend und nicht auf längere Zeit ihre Wirkung.

Verf. konnte feststellen, daß unter der Wirkung des Brenzkatechins eine der Nebennierensubstanzwirkung ähnliche, vollständige Erblassung und Gänsehautbildung der Haut eintrat. Es ist demnach außerordentlich wahrscheinlich, daß das wirksame Prinzip der Nebennieren mit dem reduzierenden verknüpft ist.

Spermin und Nebennierensubstanz sind hinsichtlich ihrer lokalen Wirkung deutlich Antagonisten; denn Spermin bewirkt sofort nach Einwirkung auf das Gewebe eine starke Beschleunigung der Zirkulation und Erweiterung der Arterien und Kapillaren.

Langemak (Erfurt).

---

4) **R. Bernstein.** Über die Ergebnisse des Pasteur'schen Immunisierungsverfahrens gegen Tollwut.

(Fortschritte der Medizin 1905. Nr. 6.)

Das Verfahren der Gewinnung des Impfstoffes hat ebenso wie der Modus der Behandlung den ursprünglichen Pasteur'schen Vorschriften gegenüber vielfache Abänderung erfahren; die meisten Institute bevorzugen eine intensivere Behandlung, wenn es sich um schwerere, prognostisch ungünstige Bisse handelt; es wird entweder rascher zu stärkerem Virus übergegangen oder intravenös statt subkutan injiziert; die Art der Abschwächung des Virus scheint belanglos zu sein.

Nach einer Zusammenstellung von 40 Pasteurinstituten aller Erdteile mit Ausnahme von Australien wurden 104347 Menschen mit einer Mortalitätsziffer von 0,73% geimpft; die Zahlen sind jedoch nicht ganz einwandsfrei.

Örtliche Behandlung — Auswaschen, Aussaugen und Kauterisation — werden meist als vorteilhaft anerkannt, auf die allgemeine Behandlung dagegen wenig Wert gelegt; die Durchführung der ganzen Kur in einer Anstalt wäre der allgemein ambulant geübten vorzuziehen, weil Exzesse, wie Alkohol u. a., die Wirksamkeit derselben herabsetzen.

Die Immunitätsdauer wird auf 3 Jahre geschätzt; das Vorkommen von Todesfällen bei geimpften Personen hat die Impfung selbst — ein schon öfter gemachter Einwand — wohl kaum zur Ursache; ebenso sind auch die nach Art der Landry'schen Paralyse teils während, teils nach der Behandlung eingetretenen Lähmungen, die trotz der Fortsetzung der Impfungen meist zurückgehen, wahrscheinlich als Zeichen der beginnenden, durch den Biß verursachten Wutkrankheit, und nicht als Folgezustände der Impfung zu deuten.

Kronacher (München).

---

5) **C. Krafft.** Tétanos traumatique et sérothérapie préventive.

(Revue méd. de la Suisse romande 1904. Nr. 11.)

Die alleinige Ursache des Tetanus ist der Bazillus Nikolaier; die sonst beschuldigten Veranlassungen, wie Erkältung, Ermüdung, Farbe der Rasse, sind dabei von untergeordneter Bedeutung, tiefe, unregelmäßige Quetsch- und Rißwunden für die Entwicklung günstiger, als frische Schnitt- und Operationswunden.

Mischinfektionen — Prodigiosus — werden zuweilen beobachtet; zu fürchten sind die resistenten Sporen des Tetanusbazillus, die 5 Minuten langes Kochen auf 100° vertragen, mehrere Tage in 1°/₀₀iger Sublimatlösung leben können; eine beschmutzt gewesene, p. pr. geheilte Wunde kann noch nach 14 Tagen Tetanus veranlassen.

Als ein glücklicher Griff für Heilung und Verhütung des Tetanus muß die Entdeckung des Serums durch Behring und Kitasato betrachtet werden; nach Berner Versuchen dauert die Immunität nach subkutaner Injektion des letzteren 4—6 Wochen, kann event. durch nachfolgende Injektionen verlängert werden.

Die präventive Impfung ist noch wenig erforscht, eine Anzahl Fragen harren der Lösung, z. B. welche Zeit nach der Verletzung, wieviel Kubikzentimeter Serum soll man injizieren?, wann und wie oft die präventive Impfung wiederholen? u. a. m.

Verf. führt sechs Fälle von Schutzimpfung aus seiner Praxis an; in einem derselben, der geheilt ist, waren bereits Tetanussymptome vorhanden; in einem anderen trat die Erkrankung trotz Schutzimpfung nach mehreren Tagen auf und endete bei nachfolgender subkutaner und zerebraler Injektion von 50 ccm Berner Serum letal; in den übrigen Fällen wurden 2—4 Tage nach der Verletzung je 10 bis 20 ccm Berner oder Pariser (antitoxisches) Serum injiziert.

K. schließt mit dem lebhaften Wunsche, bei den durch Straßenkot u. a. infizierten Wunden sofort präventiv zu impfen; neben der Abneigung des Publikums gegen diese Impfung steht zurzeit auch noch der hohe Preis hindernd im Wege. **Kreuscher** (München).

---

6) **E. Schramm.** Über sekundäre Bauchwandplastik nach Appendixoperation.

Diss., Kiel, 1904.

Wo nach Wurmfortsatzoperationen mit Tamponade nachbehandelt werden mußte, wird in der Kieler Klinik eine »sekundäre Bauchwandplastik« ausgeführt.

»Wenn die Wunde reichliche, gesunde Granulationen zeigt und nicht erheblich sezerniert«, werden die Granulationen ausgekratzt, die Wunde umschnitten und die Ränder soweit freipräpariert, daß die einzelnen Schichten der Bauchwand klar zutage liegen. Darauf werden die Schichten einzeln vereinigt. Vorher werden »bei einigermaßen klaffenden Wunden« dicke Zwirnnähte durch die ganze Dicke der Bauchwand gelegt und am Schluß der Operation geknüpft. Drains! Nach 4—5 Wochen werden die Pat. entlassen.

Der älteste so operierte Fall — vom November 1902 — wies im Mai 1904 eine in jeder Beziehung einwandsfreie Narbe auf. Auch bei schwer arbeitenden Männern haben diese Narben sich als dauerhaft erwiesen. **V. E. Mertens** (Breslau).

---

7) **Lambotte.** Sur les ptoses viscérales.

(Journ. de chir. et annal. de la soc. belge de chir. 1904. Oktober.)

Die subjektiven Beschwerden stehen nicht immer im Verhältnis zum Grade der sich bei der Operation findenden Enteroptose. Bei der Operation ist immer darauf zu achten, ob die Enteroptose nur ein Organ betrifft, oder ob mehrere dabei beteiligt sind. Die Nichtbeachtung dieser Regel erklärt z. B. den häufigen Mißerfolg der wegen Wanderniere vorgenommenen lumbalen Nephropexie. Eine Gastroptose existiert nie allein für sich. Fast immer ist sie von einer Gastrektasie und einer Pylorusstenose begleitet. Verf. hat sich daher bei Gastroptosen nie zur einfachen Fixation des Magens entschließen können. Er empfiehlt vielmehr, immer die Pylorektomie und die Faltung der vorderen Magenwand vorzunehmen. Bei allgemeinen Enteroptosen genügt niemals die Fixation eines einzelnen Organes. Immer müssen nach ausgedehnter Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Medianschnitt alle die dislozierten Organe aufgesucht und für sich fixiert werden. L. schildert den günstigen Erfolg, den er durch eine in diesem Sinne durchgeführte Operation bei einer an Lebersenkung und Magendilatation leidenden Frau erzielt hat. Er hat bei dieser Frau in einer Sitzung die Wurmfortsatzexstirpation, die Pylorektomie, die Gastroplikatur und die totale Hepatopexie ausgeführt. Den intestinalen Ptosen legt L. keine große klinische Bedeutung bei.

Die angeblich von ihnen bedingten Beschwerden sind meist auf andere Veränderungen, wie Pylorusstenose, Gallensteine, oder Hepatoptose zurückzuführen. Daher wird man diese Beschwerden durch die einfache Kolopexie nicht beseitigen. Auch die Hepatopexie hat L. nur sehr selten allein, öfters aber bei Magenoperationen und dann mit gutem Erfolg vorgenommen.

Mehrfache Mißerfolge nach einfachen Nephropexien haben schließlich L. veranlaßt, hier transperitoneal vorzugehen, um nicht andersartige, aber gleiche Symptome machende Erkrankungen, wie Appendicitis, Cholecystitis usw., zu übersehen. Sein Verfahren bei der transperitonealen Nephropexie ist folgendes:

Je nach den Fällen wird die Bauchhöhle durch einen Mittel- oder seitlichen Schnitt eröffnet. Die Niere wird nach Inzision in die hintere Bauchfellwand zu Gesicht gebracht und an ihrer Hinterfläche von der Kapsel befreit. Die Fixation der Niere geschieht dadurch, daß vier Seidennähte durch ihre Substanz und die Weichteile der Lumbalgegend geführt und nach außen über eine Gazerolle geknüpft werden. Dann erfolgt die Naht des hinteren Bauchfells, sowie der Verschluß der Bauchwunde. Gegebenenfalls kann man hinten in der Lendengegend noch eine Gegeninzision anlegen und hier drainieren.

Läwen (Leipzig).

---

8) **A. Guinard.** Des erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire (Appendicalgie).

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXX. p. 61.)

G. weist auf die außerordentliche Häufigkeit der Fälle von chronischer Appendicitis hin, deren einziges klinisches Symptom das Vorhandensein von Schmerzen ist, typische Anfälle fehlen, bei denen der pathologisch-anatomische Befund oft sehr geringfügig ist, nur in kleinen Kotballen im Wurmfortsatz oder einfachen Knickungen durch Verwachsungen oder mäßiger Schleimhautschwellung oder einer Ekchymosierung derselben besteht, und daß die Entfernung des Wurmfortsatzes radikale Beseitigung aller Beschwerden bringt. Der Sitz des Schmerzes ist bei verschiedenen Personen, entsprechend der wechselnden Lage des Wurmfortsatzes, verschieden, bei der gleichen Person aber immer an der nämlichen Stelle und durch Druck wie durch einen elektrischen Schlag auslösbar. G. bezeichnet das Symptomenbild deshalb als Appendicalgie. Die Diagnose wird namentlich in den Fällen häufig — selbst von sehr guten Beobachtern — verkannt, in denen andere, deutlich nachweisbare Erkrankungen zunächst ins Auge fallen und dadurch den Verdacht erwecken, daß sie auch die Ursache der geklagten Schmerzen seien. Ihre operative Beseitigung ist dann von Mißerfolgen gefolgt insofern, als der Schmerz nach wie vor bestehen bleibt. G. stellt eine große Anzahl von Fällen zusammen, in denen solche diagnostische Irrtümer teils anderen Chirurgen, teils ihm selbst passiert sind. Verwechslungen kommen namentlich vor und wurden von ihm beobachtet bei gleichzeitigem Vorhandensein von Hernien,

Geschwülsten der Gebärmutter, der Eierstöcke, Salpingitis, beweglicher Niere, Vorfall der Genitalien, Metritis, Dysmenorrhöe. Nach G. rufen insbesondere Fibromyome des Uterus und gutartige Ovarialkystome für sich allein fast nie Schmerzen hervor, und sollte man daher in solchen Fällen, wenn Schmerzen geklagt werden, stets an die Möglichkeit einer chronischen Appendicitis denken und den Wurmfortsatz, falls man ihn bei der Operation irgendwie verändert und damit verdächtig findet, mit entfernen.

Reichel (Chemnitz).

9) **Jedlicka.** Zur operativen Behandlung des chronischen Magengeschwüres und dessen Begleiterscheinungen.

(Aus einer Arbeit: »Über das Ulcus ventriculi« in Sbornik klinicky Bd. VI.) Prag, 1904.

Verf. wendet sich in seiner Arbeit gegen die Gastroenterostomie als Operation der Wahl beim chronischen Magenulcus, da sie nach seiner Meinung nur etwas mehr wie die interne Therapie leiste und nur spärliche glänzende Resultate gegenüber vielen Mängeln und Mißerfolgen aufweise. Er will als Normalverfahren der Exzision des Geschwüres und der Resektion des Pylorus Anerkennung und Berechtigung verschaffen. Dies radikale Vorgehen ist nach seinen Erfahrungen an der Klinik Maydl's sehr wenig gefahrvoll, und die definitiven Resultate sind bedeutend bessere als die der palliativen Gastroenterostomie. Unter 74 operierten Geschwürsfällen wurde 33mal radikal vorgegangen mit 5,8% bezüglich 3,03% Mortalität, während die Sterblichkeit bei Karzinomresektionen 32% betrug. In 26,6% der Fälle fand J., wenn auch häufig erst in den ersten Anfängen, Karzinom der Geschwürsbasis, und zwar ausschließlich bei Geschwüren am Pylorus. Es ist dies eine ganz auffallende und bedeutend größere Häufigkeit bösartiger Umwandlung als allgemein angenommen wird (5—6% nach Hauser). Während beim voll ausgebildeteten Karzinom die Dauererfolge der Resektionen sehr deprimierende sind — von 41 Fällen ist nicht einer dauernd geheilt — zeigen die gelegentlich der Geschwürsresektionen gefundenen beginnenden Karzinome recht günstige Resultate. Deshalb hält Verf. auch bei gutartigen Stenosen des Pylorus die Resektion für absolut indiziert.

Die Magengeschwüre teilt J. in zwei Arten ein: 1) in die typische, auch dolorose oder hyperazide Form, bei der neben heftigen Schmerzen und Hyperazidität Pylorusstenose besteht; 2) in die viel seltenere indolente hypazide (Geschwür ohne Schmerzen mit Hyp- bezw. Anazidität). Letztere werden durch einfache Exzision des Geschwüres geheilt, während bei dem ersteren Typus außer der Entfernung des Geschwüres die Resektion des Pylorus vorgenommen werden muß.

Operiert wurde bei allen Magenoperationen in unterbrochener Narkose mit einem Minimum von Chloroform. Die Magenspülung vor der Operation hält Verf. beim Geschwüre nicht nur für überflüssig, sondern direkt für schädlich; in den letzten 2 Jahren wurde sie nie angewandt. Stets wurde die explorative Gastrotomie ausgeführt, das

Mageninnere durch Austupfen trocken gelegt und durch Abtasten die Lokalisation und Größe des Geschwüres genau bestimmt, was in 25 Fällen gelang. Darauf wurde das Geschwür exzidiert, ganz gleich wo es saß und wie groß es war, ob es in die Leber oder ins Pankreas reichte event. transstomakal bei Verwachsungen und Sitz an der hinteren Wand. Zweimal führte J. wegen zu großen Defektes der hinteren Wand und der kleinen Kurvatur komplizierte Lappenplastiken aus der Fundusgegend aus, in beiden Fällen mit ausgezeichnetem Erfolge. Meistens folgte der Exzision des Geschwüres die Resektion des Pylorus. Die ausführlichen Krankengeschichten der radikal behandelten Fälle bilden den zweiten Teil der Arbeit, der mehrere Tafeln beigegeben sind, die eine Anzahl markanter Pieloruspräparate und die Ausführung der Lappenplastik veranschaulichen.

So glänzend und unbestritten die unmittelbaren Erfolge der zum Teil sehr komplizierten Eingriffe sind, so möchte Ref. darauf hinweisen, daß ein abschließendes Urteil über den Dauerwert und damit über die Berechtigung dieses radikalen Vorgehens, wie es Verf. empfiehlt, verfrüht sein dürfte, da von den 33 Fällen 14 erst im Laufe des Jahres 1904 operiert sind. **Müller** (Dresden).

---

10) **Maragliano.** Sulla recidiva del carcinoma gastrico.
(Policlinico 1905. Ser. chir. Nr. 1.)

M. macht auf das von ihm (wo?) beschriebene Verfahren aufmerksam, während der Operation eines Magenkarzinoms zu bestimmen, ob man im Gesunden geschnitten hat. Sofort nach Exstirpation der Geschwulst macht ein Assistent zahlreiche Längsschnitte mit einer Schere in die beiden Enden des Präparates. Am kardialen muß die Mucosa sich, unverdickt, die Submucosa zart und die Mucosa leicht auf 2 cm von der Muscularis verschieblich und abhebbar erweisen, am duodenalen genügt 1 cm. Ist das der Fall, so hat man 2 cm gesunden Gewebes abgetrennt, was mit dem anatomischen Verhalten der ergriffenen Partien zusammenhängt, an welchen man drei Zonen unterscheiden kann: a. makroskopisch normale Mucosa, Submucosa verdickt, nicht verschieblich, krebsig infiltriert; b. Mucosa hypertrophisch, kleinzellig infiltriert, krebsfrei, Submucosa mit zentralen Krebsherden; c. beide Schichten ganz frei.

Trifft das Kriterium nicht zu, so soll man nachträglich weiter resezieren. M. berichtet über einen von Krause so operierten Fall, welcher nach der Operation starb und wo die mikroskopische Untersuchung nachwies, daß man im Gesunden operiert hatte, während das nachträglich entfernte Stück sich krank erwies. Natürlich schützt diese Methode nur vor dem lokalen, nicht vor dem Drüsenrezidiv.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

11) **Schloffer.** Über Darmstrikturen nach Unterbrechung der mesenterialen Blutzufuhr.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIV. Hft. 3.)

Im weiteren Verfolge seiner früheren Studien über das Zustandekommen von traumatischen Darmverengerungen (s. Referat im Zentralblatt 1901 p. 787) hat S. in vorliegender Arbeit die Resultate niedergelegt von Experimenten an 50 Kaninchen, bei denen er das Mesenterium des Dünndarmes in einer Ausdehnung von 2—5 cm dicht am Darm abtrennte nach vorheriger doppelter Unterbindung der betreffenden Mesenterialgefäße. Während ein großer Teil der Versuchstiere an Peritonitis zugrunde ging, fanden sich bei den neun am Leben gebliebenen, später getöteten Tieren teils zirkuläre, teils nicht zirkuläre Geschwüre resp. Narben im Darme; bei den zirkulären Narben war es zu richtigen Strikturen gekommen. Stets fanden sich an der vom Mesenterium entblößten Darmpartie intensive Verwachsungen mit benachbarten Darmschlingen, Netz oder vorderer Bauchwand; so war die Entstehung einer Perforationsperitonitis verhindert worden. Es hatte die Ablösung des Mesenterium Nekrose der Darmwand in ganzer Dicke gesetzt; nach Bildung der schützenden Adhäsionen und Abstoßung des Schorfes kam es zu Geschwür- und Narbenbildung.

Danach spielt für die Entstehung traumatischer Darmstrikturen im Tierversuche die Schädigung des Mesenteriums eine viel größere Rolle als die Quetschung des Darmes selbst; es liegt nahe, diese Erfahrungen auf den Menschen zu übertragen; und in der Tat sprechen die Beobachtungen von Strikturbildung nach Reposition eingeklemmter Brüche und nach stumpfen, den Bruch treffenden Traumen dafür, daß auch beim Menschen die Schädigung des Mesenteriums die Hauptrolle spielt.

Haeckel (Stettin).

---

12) **H. Kehr.** Technik der Gallensteinoperationen.

München, **J. F. Lehmann,** 1905.

Der vollständige Titel des Buches lautet: Die in meiner Klinik geübte Technik der Gallensteinoperationen mit einem Hinweis auf die Indikationen und die Dauererfolge; damit ist angedeutet, daß K. darauf verzichtet, eine lehrbuchmäßige Darstellung des augenblicklichen Standes der Gallensteinchirurgie zu geben, daß es ihm vielmehr im wesentlichen darauf ankommt, die von ihm geübten Methoden und seine Art der Indikationsstellung in breitem Rahmen vorzuführen. Ergibt sich daraus von selbst eine gewisse Einseitigkeit in der Darstellung, so wirkt auf der anderen Seite die gerade dadurch gezeitigte lebendige Durchdringung und Behandlung des Stoffes in hohem Grade belehrend und anregend. Es spricht hier ein Mann, der überall aus eigener Anschauung berichtet und an jeder Stelle aus dem Vollen schöpft. Wenn K., temperamentvoll und lebensfroh wie er ist, aus dem Buch ein Spiegelbild seines ganzen Wesens gemacht hat, hier behaglich plaudert und uns manches aus seiner Gedankenwelt mitteilt,

was just nicht gerade zur Gallensteinchirurgie gehört, dort in persönlichem Kampfe scharf Stellung nimmt und vielleicht die Polemik manchmal etwas zu weit ausdehnt, so dient dies doch schließlich dazu, das individuelle Gepräge des Werkes zu erhöhen. Im übrigen gibt es wohl kaum eine Frage auf dem Gebiete der Leber- und Gallensteinchirurgie, die K. in dem Buche nicht diskutierte oder wenigstens streifte, so daß es sich tatsächlich doch um ein Lehrbuch im besten Sinne des Wortes handelt. Besonderen Wert besitzt dasselbe für denjenigen, der, wie u. a. Ref., K. selbst bei der Arbeit gesehen hat; und wenn K. sich selbst als Spezialisten für »die von ihm geliebte Gallensteinchirurgie« bezeichnet, so verdient es doch hervorgehoben zu werden, wie bereitwillig, kollegial und ohne Eifersucht er allen denen, die seine Klinik besucht haben, alles zeigt, was er selbst kann und selbst übt. Vielleicht wird man sagen, das sei selbstverständlich, und ich möchte es auch sagen, aber es ist doch immerhin noch nicht allgemeiner Usus.

Auf den materiellen Inhalt des Buches im einzelnen einzugehen erübrigt sich, da K. seine Anschauungen in sehr zahlreichen Publikationen niedergelegt hat; als Quintessenz kann man es wohl bezeichnen, wenn er an einer Stellle sagt, er sei in seinen Operationen immer radikaler, in seiner Indikationsstellung immer konservativer geworden. »Operieren wir die absolut nötigen Fälle, d. h. das akute und chronische Empyem der Gallenblase, die häufig wiederkehrenden Anfälle von chronischer Cholecystitis, die jeder Therapie trotzten, den chronischen, mit Ikterus und Schüttelfrösten verbundenen Choledochusverschluß, so bietet sich für jeden Chirurgen ein so großes und dankbares Arbeitsfeld, daß er ganz allein auf die Forderung der Frühoperation verzichtet.«

Wie man auch sonst zu den K.'schen Anschauungen stehen mag: für jeden, der sich mit Gallensteinchirurgie beschäftigt, ist sein neues Buch von großer Bedeutung.

Tietze (Breslau).

---

13) **Tinker.** Bloodless perineal prostatectomy under local anaesthesia.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. November 2.)

Zur lokalen Anästhesie und Blutleere verwendet T. Eukain 1 : 500 und Adrenalin 1 : 220000 im Gemisch. Durch sorgfältige anatomische Studien der Dammgegend und experimentelle Versuche über die Ausbreitung der anästhesierenden Lösung hat er gefunden, daß die Infiltration in der Nähe der Austrittsstelle der sensiblen Nervenzweige für den Damm, etwas vorwärts und einwärts vom Tuber ischii, genügt, um den Hautschnitt und die oberflächlicheren folgenden Schnitte schmerzlos zu vollführen. Etwa 10 Minuten vergehen bis zum Eintritt der vollen Wirkung, die zur Blasenspülung benutzt werden. Die tieferen Schichten werden während der Operation neu infiltriert. Nur die nächste Umgebung des Blasenhalses ist dafür unzugänglich, und während der etwa 5 Minuten dauernden Ausschälung an dieser Stelle wendet T. Äther-

rausch oder Lachgas an. Durch das Adrenalin und das Hervorziehen der Prostata von der Blase aus mit Young'schem »Traktor« ist die Operation völlig ohne Blutverlust, ein für die meist sehr heruntergekommenen Pat. sehr wichtiger Umstand. Im ganzen soll die völlige Ausschälung aller drei Lappen in etwa $^1/_2$ Stunde ausführbar sein. Mitteilung eines auf diese Weise glücklich operierten Falles.

Trapp (Bückeburg).

---

14) **Jaffé.** Stellt die Bottini'sche Operation einen Fortschritt in der Behandlung der chronischen Urinretention bei Prostatikern dar?

Jena, **Gustav Fischer,** 1904. 36 Seiten, 2 Tafeln.

Eine auf Grund 46 eigner Operationen ausgeführte Studie mit besonders scharfer Betonung der durchaus selbständigen Stellungsnahme des Verf.s in allen die Operation berührenden Fragen.

Der vorherigen cystoskopischen und urethroskopischen Untersuchung mißt Verf. wenig klinischen Wert zu, da Vorwölbungen stärkster Art im Bild erscheinen können, ohne daß die Urinentleerung behindert wäre.

Es kommt weniger auf die Durchschneidung des polypösen Mittellappens oder auf die Durchtrennung der ganzen Prostata an, sondern auf die Verbesserung der Verhältnisse an der hinteren Übergangsfalte und auf eine reguläre Sphincterotomia posterior vesicae, deren wohltätigen Effekt Verf. vergleicht mit dem therapeutischen Einfluß der Sphincter ani-Spaltung bei Fissur.

Besonders die Wucherung der Partien zwischen Orificium externum und Colliculus seminalis verursacht die Erschwerung der Miktion und auch des Katheterismus; diese Partien sollen vor allem durchschnitten werden. Die Gefahr der Blasenperforation und Bauchfellverletzung wird hierbei besonders gewürdigt, und es werden die Schutzmaßregeln dagegen besprochen und durch Abbildungen illustriert. Die beste Kontrolle bietet der ständig im Mastdarme befindliche Finger. Verf. operiert bei leerer Blase.

Die allgemeine Indikation stellt Verf. hauptsächlich nach den Beschwerden der Pat. »Kranke mit den ganz typisch ausgebildeten Prostatabeschwerden sind im allgemeinen gute Objekte für die Operation«. Die spezielle Indikation hängt von der Form der Prostata ab; lang ausgedehnte Drüsenwucherungen, die die ganze Pars prostatica ummauern, bieten ungünstige Aussichten. Von den 46 Fällen waren nach des Verf.s jetzigen Ansichten 28 für die Operation voll geeignet; bei diesen wurde in mehr als $^4/_5$ der Fälle volle oder fast totale Entleerungsfähigkeit der Blase hergestellt. Von den übrigen sind die Hälfte günstig beeinflußt, gestorben sind vier. Die Dauerresultate (genaue Zahlen lassen sich hier nicht anführen) sind im allgemeinen nicht sehr erfreulich.

Willi Hirt (Breslau).

---

15) **Zaaijer.** Untersuchungen über den funktionellen Wert der sich nach Entkapselung neubildenden Nierenkapsel.
(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIV. Hft. 3.

Da normalerweise zwischen der Nierenkapsel und -rinde Anastomosen bestehen, so beweist der bloße Nachweis solcher Anastomosen nach der Entkapselung im Tierexperimente nichts, vielmehr muß die Frage so gestellt werden: sind die neuen Anastomosen den vorher bestehenden an funktionellem Wert überlegen oder nicht? Als Indikator dafür dienen nun in vortrefflicher Weise die Erscheinungen nach Unterbindung der A. und V. renalis. Die Arterie versorgt fast die ganze Niere; nach ihrer Unterbindung wird daher fast die ganze Niere nekrotisch, nur ein schmaler Saum der äußersten Rinde verfällt nicht dem Tode, weil er von der Kapsel ernährt wird. Ist dieser Saum nun breiter nach der Dekapsulation, so ist dadurch ein höherer funktioneller Wert der Anastomosen nach der Dekapsulation bewiesen. Z. experimentierte nun an Kaninchen so, daß er einmal durch Unterbindung der Nierenarterie die Tragweite der normalen renokapsularen Anastomose feststellte, in anderen Versuchen die Arterie unterband und zugleich dekapsulierte oder die Unterbindung der Dekapsulation einige Wochen später folgen ließ. Als wichtigstes Ergebnis seiner Versuche fand er, daß beim Kaninchen eine gewisse Zeit (4 Wochen) nach der Dekapsulation die renokapsulären Anastomosen einen geringeren funktionellen Wert haben, als bei unversehrter Kapsel, daß sie an einigen Stellen aber einen höheren Wert haben können, und daß dieses besonders der Fall ist an einer Stelle, wo die Niere etwas tiefer verletzt ist.

Haeckel (Stettin).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Eine neue Nadel.

Von

Dr. **P. Leopuyt** in Rotterdam.

Beim Anlegen von Darmnähten ist es mir, und wahrscheinlich vielen mit mir, aufgefallen, wie wenig unsere heutigen Nadeln und Nadelführer dem Zwecke, schnell und leicht zu arbeiten, entsprechen.

Die jetzt vielfach benutzte gerade Nadel kann zwar sicher und schnell mit der Hand geführt werden, hat jedoch den Nachteil, daß die Gewebe, welche nicht in derselben Ebene liegen, schlecht gefaßt werden können, und daß das Arbeiten in einiger Tiefe öfters ganz unmöglich ist.

Die gebogenen Nadeln, die mit einem Nadelhalter geführt werden, haben diese Fehler nicht, aber das jedesmal aufs neue Angreifen mit dem Nadelhalter ist sehr zeitraubend, gerade im Falle von Darmoperationen, wo oft so viele Nähte anzulegen sind.

Ich glaube, daß die von mir konstruierte Nadel dem Zweck entspricht, die Fehler dieser beiden Methoden zu umgehen und doch die Vorteile derselben zu behalten.

Untenstehende Abbildung zeigt uns die Form der Nadel, während die Handhabung leicht zu verstehen ist.

Der Daumen wird nämlich in die Konkavität bei *a*, die Spitze des Zeigefingers auf das Öhr und der dritte Finger der Unterfläche der Nadel entlang gelegt; so ist sie fest fixiert.

Fig. 1.

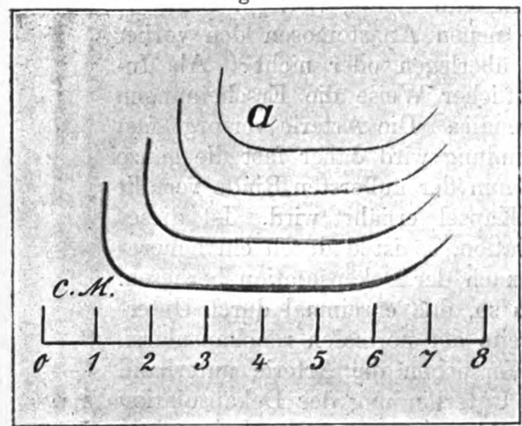


Fig. 2.



Die Technik der Führung ist eintach; die kleine Krümmung macht bei einiger Übung beim Durchziehen gar keine Beschwerden und nie Einrisse, wenn man nur die Nadel beim Einstiche direkt bis an die Krümmung durch die Gewebe führt.

Man hat also bei dieser Nadel die einfache Führung mit der Hand wie bei der geraden und zu derselben Zeit alle Vorteile einer gebogenen Nadel. Mit kleinen Änderungen in der Größe ist sie auch für andere Zwecke brauchbar zu machen.

Die Nadel ist in vier Größen zu beziehen von A. Schmeink, Fabrik chirurgischer Instrumente in Amsterdam (Holland).

II.

Über eine Beobachtung im Gefolge der Bier'schen Stauungshyperämie bei akut eitrigen Prozessen.

Von

Prof. Dr. **Leser** in Halle a. S.

Noch während die Arbeit Bier's über Stauungshyperämie bei akut entzündlichen und eitrigen Prozessen in der Münchener med. Wochenschrift publiziert wurde, kam in meiner Klinik ein Fall zur Aufnahme, bei dem es mir angezeigt schien, die Stauungshyperämie zu versuchen. Es handelte sich um einen jungen Mann, der etwa 8 Tage vor seiner Aufnahme im Streite mehrfache Stiche in die Kopfhaut erhalten hatte; nach alsbaldiger primärer Desinfektion und aseptischem Verbande schien während der ersten Tage der Verlauf reaktionslos; dann zeigte sich beim Verbandwechsel eine der Stichwunden gerötet und etwas eitrig belegt. Tags darauf Schüttelfrost, dem sich einige Stunden nachher schmerzhafte Schwellung der rechten Sprunggelenksgegend und tags darauf analoge Schwellung des rechten Schultergelenkes anschlossen. Sogleich nach dem Erkennen der Sprunggelenksschwellung war in den linken Oberschenkel Injektion von Antistreptokokkenserum Dr. Menzer gemacht worden, ohne daß eine Änderung des Zustandes folgte. Am 3. Tage nach dem ersten Schüttelfrost, am 8. Februar, wurde, weil dem behandelnden Arzte die Eröffnung der Abszesse am rechten Sprung- und Schultergelenke dringend schien, Pat. meiner Klinik überwiesen.

Es bestand sehr schmerzhafte ödematöse Schwellung der Umgebung des rechten Sprunggelenkes, welche in der Tiefe Fluktuation erkennen ließ und nach Punktion Eiter entleerte. Ganz ähnlich bestand eine Schwellung des rechten Schultergelenkes, die jedoch, noch jüngeren Datums, nicht absolut sicher schon Eiterung aufwies. Beide Gelenke selbstverständlich durchaus fixiert und die geringste passive Bewegung mit lebhaften Schmerzen beantwortend. Die Kopfhautwunden in der Mehrzahl verklebt, nur eine ca. 2 cm lange Wunde oberhalb des linken Ohres eitrig belegt und mäßig sezernierend. Puls 120, Temperatur bei der Aufnahme 39,2°.

Lebhaft angeregt durch die Lektüre des ersten Abschnittes der Bier'schen Publikation, schien es mir angezeigt, in diesem Falle den Versuch zu machen, mittels Stauungshyperämie den Prozeß günstig zu beeinflussen, event. zu heilen, um so mehr, als ich schon wiederholt in chronisch entzündlichen Prozessen die Bier'sche Stauung mit Erfolg angewandt hatte. Absichtlich enthalte ich mich hier jeder weiteren Bemerkung über das Verfahren und seine großen Vorzüge, weil es mir heute ausschließlich darauf ankommt, eine Beobachtung zu beschreiben, die im Verlaufe des Verfahrens gemacht wurde, und die mir zu großer Vorsicht zu ermahnen geeignet scheint.

Ich legte also, der Vorschrift gemäß, behufs Stauung des Sprunggelenkes die Stauungsbinde ca. 2—2½ Querfinger breit oberhalb des oberen Recessus der Bursa extensorum um den Oberschenkel: zunächst eine Lage Polsterwatte, dann die ca. 6—8 cm breite Gummibinde, welche mit Gazebinde befestigt wurde. Um das Schultergelenk in Stauungshyperämie zu versetzen, legte ich einen wohl zweifingerstarken Gummischlauch in zweifacher Tour hoch über dem Gelenk um Achselhöhle und Proc. coracoideus an und fixierte die Touren durch mehrfache Bindenlagen, welche quer um den Thorax zur anderen Axilla führten und dadurch ein Abrutschen der Stauungsbinden verhüteten. Beide Stauungen wurden leidlich gut vertragen, und die erzielte Stauung war die richtige, wie sie Bier als warm, mit feurig rotem Ödem in den gestauten Abschnitten beschreibt. Als ich nachmittags 5 Uhr zur Visite kam — die Stauung hatte mittags kurz nach 12 Uhr begonnen —, war zunächst das auffälligste die absolute Schmerzlosigkeit der Gelenke bei allen passiven Bewegungen. Da die Stauungsbinden dem Pat. lästig für die Nacht schienen, wurden beide Stauungen nach 8 Stunden entfernt; anderen Tages an der rechten Schulter noch einmal wiederholt, konnten dann aber nicht wieder eingeleitet werden, weil Pat. über allmählich zunehmende Schmerzen an den Stellen, wo die Stauungsbinden gelegen hatten, klagte. Im Laufe der nächsten 2 Wochen wiederholten sich akute Temperatursteigerungen mit nicht deutlich ausgesprochenen Schüttelfrösten, denen alsbald ein subkutaner Abszeß im linken Oberarme, weiterhin ein solcher an der Injektionsstelle, wo das Antistreptokokkenserum injiziert wurde, folgte, die sämtlich unter lokaler Anästhesie gespalten wurden. — Etwa 10 Tage nach Beginn der ersten Stauung klagte Pat. über vermehrte Schmerzen in der unteren Hälfte des rechten Oberschenkels und in der Fossa supra- und infraclavicularis, mit anderen Worten da, wo damals die Stauungsbinden gelegen hatten. Und an beiden Stellen entwickelte sich allmählich je ein großer Abszeß; derjenige am Oberschenkel nahm ebenso genau wie der oberhalb des Schultergelenkes gelegene die Gewebe ein, welche vorher den Druck der Stauungsbinden getragen hatten. Namentlich der Abszeß oberhalb des Schultergelenkes war dafür typisch: denn er breitete sich halbzirkulär, vom unteren Rande der Fossa intraclavicularis beginnend, nach aufwärts unter der Clavicula durch bis in die Fossa supraclavicularis aufsteigend noch etwas weiter nach hinten aus. Aber auch der Abszeß am Oberschenkel beschränkte sich nicht nur auf die hintere abschüssige Gewebspartie, sondern entwickelte sich noch später auch nach der inneren Seite und nach oben, zunächst genau in den Grenzen, in denen die Stauungsbinden gelegen hatten. Die Abszesse sind breit gespalten worden und zum Teil schon ausgeheilt.

Meiner Ansicht nach liegt es nahe, die Entstehung der beiden Abszesse an den beschriebenen Stellen in ursächlichen Zusammenhang mit der genau an denselben Stellen angelegt gewesenen Stauungsbinde zu bringen. Ich betone, daß

es keineswegs etwa vom Gelenk ausgehende, bezw. mit ihm zusammenhängende Eiterungen waren, auch weise ich darauf hin, daß besonders der Abszeß oberhalb des rechten Schultergelenkes eine für mich wenigstens sehr ungewöhnliche anatomische Stelle einnahm und besonders seine Ausbreitung höchst merkwürdig war. Meiner Meinung nach würde man sich tatsächlichen Beobachtungen gegenüber blind zeigen, wollte man eine Beziehung zwischen Abszeß und Stauung leugnen.

Pathologisch-anatomisch ist es ja auch nicht schwer, sich den Zusammenhang so zu denken, daß die in den Säften kreisenden Mikroorganismen sich deshalb an den qu. Stellen angesiedelt und ausgebreitet haben, weil sie hier das Gewebe verändert, in seiner Widerstandsfähigkeit geschwächt fanden. Und ich glaube, daß die Gewebsschwächung vielleicht darin besteht, daß bei diesen Stauungen in den von der Stauungsbinde gedrückten Gewebspartien kleinste Blutungen oder Blutaustritte statthaben, ohne diese Meinung jetzt durch direkten Nachweis stützen zu können. Zu dieser Ansicht komme ich, weil ich nach Abnahme der Binden einige Stunden später — allerdings nur am Oberschenkel — die Haut genau in den Grenzen der Bindentouren von ca. stecknadelkopfgroßen, zahlreichen Blutungen durchsetzt fand. Nun liegt nahe, anzunehmen, daß die Stauungsbinden zu fest gelegen haben; darauf kann ich nur erwidern, daß ich schon häufig Stauungen angewandt habe, und daß ich im allgemeinen eher die Binden zuwenig als zu fest anziehe; jedenfalls müssen sie aber doch stauen.

Sind solche Beobachtungen auch von anderer Seite gemacht? Vorerst wage ich aus dieser Erfahrung nur den Schluß zu ziehen, daß das Anlegen von Stauungsbinden bei Allgemeininfektion, d. h. in solchen Fällen, bei denen Mikroorganismen und ihre Gifte im Blute kreisen, seine Gefahren insofern hat, als an den von den Binden umschnürten Gewebspartien event. leicht neue Abszesse auftreten können.

Wie ich schon betonte, wollte ich nur diese Beobachtung den Herren Fachkollegen zur Kenntnis bringen; ich behalte mir vor, über das Verfahren selbst event. später zu berichten, wenn meine Erfahrungen sich vermehrt haben.

Die Ausführungen Bier's sind einerseits so überzeugend, ja bestechend, andererseits die Erfolge der Methode so schön, daß es mir Pflicht scheint, diesen Weg genau auszukundschaften; und weil ich nicht möchte, daß er durch vielleicht zu vermeidende Mißerfolge diskreditiert wird, hielt ich es für geboten, auf diese meine Erfahrung kurz hinzuweisen.

---

16) **T. C. Gilchrist** (Baltimore). Erysipeloid, with a record of 329 cases, of which 323 were caused by crab bites, or lesions produced by crabs.

(Journ. of cutaneous diseases including syphilis 1904. November.)

G. berichtet über 329 Fälle von Erysipeloid, von denen 323 durch den Biß eines Krebses oder eine beim Hantieren mit Krebsen (Zucht) erlittene Verletzung zustande gekommen waren. Die Jahreszeit, in welcher dieselben beobachtet wurden, fiel, gemäß der Krebszeit, in die Monate Juni bis September. Die Inkubationszeit betrug 3 Stunden bis mehrere Tage; lokalisiert waren die Erysipeloide natürlich fast ausschließlich an den Fingern resp. Händen. Die Erkrankungen verliefen immer ziemlich harmlos, Temperatursteigerungen sowie bedeutende Drüsenschwellungen fehlten fast durchweg. Der pathologisch-histologische Befund ergab nichts Wesentliches, desgleichen waren Kultur- und Impfversuche vollkommen negativ. Die stets erfolgreich angewandte Therapie bestand in lokaler Applikation von Sublimat, Karbolsäure, Jodoform oder Salizylpflaster. **Urban** (Breslau).

17) **Antonelli.** Quattro casi di eritema vacciniforme (post-operatorio) da bacterium coli.

(Rivista veneta di soc. med. di clin. 1904. Referat nach Morgagni 1905. Nr. 4.)

Bei vier an Leistenbrüchen operierten kleinen Mädchen trat gleichartig am 7.—8. Tage nach der Operation eine diffuse Röte der Operationsnarbe auf. Letztere

heilte per primam. 3—4 Tage später entwickelten sich linsengroße, gedellte Bläschen. Dieselben waren mit gelbem, dünnem Eiter gefüllt und von einem schmalen, dunkelroten Hof umgeben. Nur in einem Falle waren sie nicht lediglich streng an die Operationslinie gebunden. Die Pusteln bildeten sich entweder durch ein papulöses Stadium zurück oder bedeckten sich mit einer Kruste oder verwandelten sich schließlich in kleine Geschwüre, die nach 14 Tagen völlig verheilt waren. In sämtlichen Fällen wurde in den Pusteln Bakterium coli in Reinkultur gefunden. Da die Operationen aseptisch vorgenommen waren, muß man annehmen, daß bei den Kindern Darmbakterien in das Operationsgebiet gelangt und durch die einfache Reinigung nicht entfernt wurden. Verf. fügt hinzu, daß er seit dem Gebrauch von Xeroformgaze keinerlei Erytheme mehr beobachtet hat.

Dreyer (Köln).

18) **Venot.** Corps étranger des voies digestives chez un enfant de neuf mois.

(Soc. méd. de Bordeaux 1904. Dezember 16.)

Bei dem 9monatigen Kinde wurde ein 15:13 mm großes verschlucktes Glasstück (einer zerbrochenen Wasserkaraffe) mit scharfen Rändern nach 23 Stunden durch den After entleert, ohne daß die geringsten Beschwerden oder Komplikationen eingetreten wären. Auf 70 ähnliche Beobachtungen aus der Literatur kam nur ein Todesfall infolge von Magenperforation durch den Fremdkörper. Ein chirurgischer Eingriff war niemals erforderlich; die Ausstoßung erfolgte in einzelnen Fällen erst nach Wochen oder Monaten, ohne daß schädliche Folgen eintraten.

Die Ursache des gewöhnlich glatten Verlaufes liegt mehr darin begründet, daß alle scharfen Spitzen und Kanten von einer dicken, zähen Schleimschicht überdeckt werden, als in der meist angewendeten Kartoffelbreidiät.

In der Diskussion wird ebenfalls die Wirksamkeit der Kartoffeldiät von verschiedenen Seiten angezweifelt. **Mohr** (Bielefeld).

19) **V. Apostolescu.** Penetrierende Wunde der epigastrischen Gegend mit Durchschneidung der großen V. mesenterica interna.

(Spitalul 1904. Nr. 23.)

Der betreffende Pat. hatte sich in selbstmörderischer Absicht einen Messerstich in die epigastrische Gegend, etwas rechts von der Mittellinie, beigebracht. Obwohl der Allgemeinzustand kein alarmierender war, wurde doch die Probelaparotomie vorgenommen und hierbei gefunden, daß die V. mesenterica interna der Länge nach durchschnitten war, aber kein inneres Organ, weder Magen noch Darm, irgendwelche Verletzung aufwies. Nach Unterbindung und vorgenommener Versorgung der Bauchwunde erfolgte Heilung per primam. Der Fall ist also wieder ein Beweis für die Lehre, daß man bei penetrierenden Bauchwunden immer eine Probelaparotomie vornehmen soll. **E. Toff** (Braila).

20) **Lichmann.** Zwei Pfählungsverletzungen.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 26.)

Die Pfählung erfolgte beidemal durch Eindringen eines Werkzeugstiels in den Mastdarm mit Durchbohrung seiner vorderen Wand. Im ersten Falle war ein extraperitonealer Blasenriß entstanden; dieser sowie die Mastdarmwunde wurden vom Damm aus durch Eingehen zwischen Mastdarm und Blase freigelegt und genäht; Heilung.

Im zweiten Falle war das Bauchfell eröffnet, die hintere Blasenwand bis auf die Schleimhaut eingerissen, in den Mastdarm eine etwa 20 cm lange Darmschlinge vorgefallen und bereits Peritonitis vorhanden. Laparotomie, Naht der zerissenen Blasen- und Darmmuskulatur und des Bauchfells. Reinigung des Bauchraumes, Einlegen eines Jodoformgazestreifens bis auf die Nahtstelle und in den Mastdarm. Entlassung nach 8 Wochen mit kleiner Fistel im unteren Winkel der Laparotomienarbe. **Gutzeit** (Neidenburg).

21) **Lauper** (Interlaken). Darmperforation bei Abdominaltyphus, durch Operation geheilt, 58 Stunden nach dem Durchbruche.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905. Nr. 3.)

Der nach amerikanischen Statistiken so erhebliche Anteil der Perforationsperitonitis an der Mortalität bei Typhus (1/3 aller Todesfälle) mahnt dazu, auch gegen die Darmperforation bei Unterleibstyphus operativ vorzugehen. L. hat auf folgende Symptome der Perforation hin operiert: Sinken der Temperatur von 38,9° früh auf 36,7° mittags, Puls dabei anfangs verlangsamt, dann wieder beschleunigt, in der Qualität unverändert. Plötzliches Einsetzen von Schmerz in der Nabelgegend, Schmerz besonders beim Nachlassen von Druck, rasch einsetzende starke Spannung der Bauchdecken, Schweißausbruch, Unruhe, Erbrechen erst 24 Stunden nach Durchbruch, kostaler Atemtypus. Cushing's Präperforativstadium (Zeit der Reaktion der Serosa, die perforiert werden soll) wurde nicht beobachtet.

Die Perforation saß im unteren Ileum. Günstig war das jugendliche Alter (11 Jahre), erschwerend der Austritt von besonders großen Askariden im vorliegenden Fall. In dem Beckenexsudate fanden sich Diplokokken und Einzelkokken, wenig kurze Streptokokkenketten und Kolistäbchen.

Stolper (Göttingen).

22) **W. D. Haggard.** A study of intestinal perforation and peritonitis in typhoid fever, with a report of three successful operations, and a statistical investigation of 205 operative cases.

(New York med. record 1904. Juli 16.)

Drei erfolgreiche Operationen bei Darmperforation nach Typhus. Bei zwei Pat. handelte es sich um Abszesse mit Abschluß durch adhäsive Peritonitis, bei dem dritten Kranken um Durchbruch in die freie Bauchhöhle.

In einer kurzen Statistik teilt Verf. mit, daß er selbst 137 Fälle mit 43 Heilungen, Westcott 83 Fälle mit 16 Heilungen und Tinker 75 mit 21 Heilungen gesammelt habe. Im ganzen also 275 Fälle mit 27% Heilung.

Loewenhardt (Breslau).

23) **Monnier** (Zürich). Über einen seltenen Befund bei Appendicitis — Fibromyxom des Wurmfortsatzes.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905. Nr. 1.)

Verf. gibt eine Aquarellabbildung einer walnußgroßen Geschwulst (Fibromyxom), die an der Basis des Wurmfortsatzes eines jäh erkrankten 29jährigen Arbeiters saß. Die Geschwulst war offenbar von der Wand des Wurmfortsatzes ausgegangen, hatte sich hauptsächlich nach außen entwickelt, aber schließlich den Anhang völlig verlegt. Ein Kotstein hatte die Geschwulst im Zentrum usuriert und geschwürige Drucknekrosen gemacht. M. findet in der Literatur nur zwei gutartige Geschwülste des Wurmfortsatzes beschrieben, einen von Steiner, den anderen von Rosi. Den seinen hält er für angeboren und erklärt ihn im Sinne von Cohnheim-Ribbert.

Pat. starb unter den Erscheinungen schwerer Intoxikation. Er ging ohne Erscheinungen von Peritonitis zugrunde, die Sektion ergab schwere Nierenveränderung mit Infarkten und fibrinöse Pleuritis rechts. **Stolper** (Göttingen).

24) **Raymond** et **G. Guillan.** La névrite ascendante consécutive à l'appendicite.

(Semaine méd. 1905. Nr. 8.)

Bei einem Falle von Appendicitis traten im Verlaufe des ersten Anfalles Schmerzen im Gebiete des rechten N. cruralis auf, im zweiten Anfall im Gebiete des N. ischiadicus, die zunächst wieder zurückgingen. Als Pat. nach dem dritten Anfalle aufstehen wollte, wurde ein Schwächezustand und Abmagerung des rechten Beines festgestellt. Während eines neuen Anfalles griffen die Schmerzen auf den

linken Ischiadicus über. Die Operation, bei welcher kein Eiter, wohl aber starke Verwachsungen des Wurmfortsatzes mit dem hinteren Teile des Kolon sowie dem M. psoas gefunden wurden, beseitigte zwar die appendicitischen Beschwerden, aber es trat allmählich eine komplette atrophische Lähmung des rechten Beines ein, sowie eine partielle linksseitige und dementsprechend rechts komplette, links beginnende Entartungsreaktion. Weil hier mit jedem Nachschube der Appendicitis auch ein Fortschreiten der Nervenentzündung und Übergreifen auf neue Nervenbahnen eintrat, sind Verff. der Ansicht, daß eine frühzeitigere Operation dies hätte verhindern können und empfehlen daher eine solche bei häufig rezidivierenden Formen, selbst wenn die Symptome der Appendicitis an und für sich nicht sehr bedrohliche sind. **Coste** (Straßburg i. E.).

25) **Fischl.** Typhlitis nach Amputation des Wurmfortsatzes.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 7.)

Die vorliegende Mitteilung ist deshalb bemerkenswert, weil sie den Beweis liefert, daß auch nach Wegnahme des Wurmfortsatzes eine Affektion vorkommt, die, in ihrem Verlaufe gutartig, klinisch fast vollkommen dem Bilde der leichteren Appendicitis gleicht und mit Sicherheit auf den Blinddarm zu beziehen ist. F. berichtet darin über fünf Pat., denen sämtlich von Sonnenburg der Wurmfortsatz entfernt ward, und die trotz günstigen Verlaufes und tadelloser Narbe kurze Zeit bis $1^1/_2$ Jahre nach der Operation in mehr oder weniger langwierigen Anfällen an Schmerzen in der Ileocoecalgegend, Verstopfung abwechselnd mit Durchfall, Appetitlosigkeit und Erbrechen erkrankten. In Fall 4 glichen diese Anfälle genau denen vor der Operation. Der Blinddarm war mehr oder weniger gebläht, druckschmerzhaft, gurrend oder quatschend, in seiner Umgebung Stränge zu fühlen. Durch abführende Diät und Heilmittel wurde stets anhaltende Besserung erzielt.

Die Ausdehnung der Druckempfindlichkeit entsprach dem Verlaufe des Blinddarmes, was gegenüber der einfachen Appendicitis, wo sie auf den MacBurneyschen Punkt beschränkt ist, und der Periappendicitis, bei welcher sie ungefähr die Gestalt eines Kreissektors gemäß der Ausbreitung der Entzündung längs der peritonealen Gefäß- und Lymphbahnen annimmt, von differentialdiagnostischer Bedeutung ist.

Die Frage, ob in diesen Fällen die Blinddarm- oder die Wurmfortsatzentzündung das Primäre war, ist nicht zu entscheiden. Gewiß ist es, daß die peritonitischen Verwachsungen, welche sich im Gefolge einer jeden Perityphlitis finden und durch die Entfernung des Wurmfortsatzes nicht beseitigt werden, den Blinddarm in seiner Peristaltik hindern und dadurch zu Kotansammlungen und sekundären Entzündungen Veranlassung geben können. Auch an den Stumpf des amputierten Wurmfortsatzes als Ausgangspunkt dieser Typhlitis muß man denken (vgl. Diakonow, Über Blinddarmerkrankungen bei Personen mit entfernter Appendix. Referat in d. Bl. 1902 p. 950).

Verf. zieht aus seinen Beobachtungen den berechtigten Schluß, daß man bezüglich der Beseitigung aller Darmbeschwerden durch die Exstirpation des Wurmfortsatzes sich vorsichtig äußern müsse. **Gutzeit** (Neidenburg).

26) **Baillet** (Orléans). Inflammation d'un appendice hernié chez un enfant de treize mois. Symptômes d'étranglement. Ablation de l'appendice et cure de la hernie vingt et une heures après le début des accidents. Guérison. Rapport par M. C. Walther.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1166.)

Pat., ein 13 Monate alter Knabe, der seit seiner Geburt an einem nicht leicht reponiblen Leistenbruch litt, erkrankte plötzlich mit Zeichen der Einklemmung. Bei der 21 Stunden nachher vorgenommenen Herniotomie findet B. als Bruchinhalt Blind- und untersten Dünndarm, aber beide nur wenig gerötet, nicht blaurot wie bei einer Einklemmung, hingegen den mit dem Blinddarm leicht verwach-

senen Wurmfortsatz stark entzündlich geschwollen. Resektion des Wurmfortsatzes und Radikaloperation des Bruches brachten rasche Heilung.

Reichel (Chemnitz).

27) **W. B. de Garmo.** Hernia in young children.

(New York med. record 1904. Februar 13.)

Verf., welcher über eine sehr große Erfahrung in Bruchoperationen verfügt (1064 Fälle, darunter 149 Kinder unter 14 Jahren ohne ein einziges Rezidiv und ohne einen Todesfall), stellt als Indikation für die Operation im Kindesalter auf 1) Einklemmung, 2) Unwirksamkeit eines Bruchbandes, 3) gelegentlicher Austritt mit drohender Einklemmung, 4) Schmerz beim Tragen des Bruchbandes, 5) besondere Umstände, welche das Kind regelmäßig zu kontrollieren verhindern, 6) alle Fälle von Schenkelbruch und 7) alle Kinder über 7 Jahre alt.

In vier Fällen waren die Kinder noch nicht 1 Jahr alt, es handelte sich jedesmal um eingeklemmte Brüche, welche zwar alle reponiert werden, aber nicht durch ein Bruchband zurückgehalten werden konnten.

Loewenhardt (Breslau).

28) **Mohr.** Bauchbrüche in der weißen Linie ohne objektiven Untersuchungsbefund.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 3.)

M. gibt einen Beitrag zu den Brüchen der Linea alba, bei welchen heftige Schmerzen bestehen, ohne daß eine Bruchbildung äußerlich sicht- und fühlbar ist; nur der umschriebene Druckschmerz deutet die Stelle des Leidens an. Bei dem 34jährigen Kranken M.'s lagen diese Verhältnisse vor; auch bei der Operation erwies sich das Sehnenblatt der Linea alba unversehrt; erst als dieses entsprechend der Stelle des Schmerzpunktes eingeschnitten war, quoll ein walnußgroßer Fettklumpen vor. Beim Anheben desselben riß das Bauchfell ein, und die Fettgeschwulst erwies sich als das Ende eines Netzzipfels, welches straff gespannt zur Magengegend verlief und mit seinem Ende durch eine Lücke des Bauchfelles durchgetreten war; an der Durchtrittsstelle war es allseitig mit dem Bauchfelle verwachsen. Das außerhalb des Bauchfellraumes liegende Netzstück hatte sich anscheinend zwischen Bauchfell und querem Sehnenblatt unter starkem Druck eingeklemmt. Von einem Bruchsacke war nichts zu sehen. Nach der Operation schwanden die Schmerzen. — Im Anschluß daran wird die Differentialdiagnose, besonders mit dem Magengeschwür besprochen. **Haeckel** (Stettin).

29) **D'Arcy Power.** Four cases of gastro-jejunostomy.

(St. Bartholomew's hospital reports 1905. Vol. XL.)

Bericht über vier Fälle von Gastrojejunostomia posterior. In einem der Fälle, der alle Symptome einer akuten Perforation eines Magengeschwüres bot, wurde bei der sofortigen Laparotomie eine dem Durchbruch nahe Stelle mit ausgedehnten perigastrischen Verwachsungen gefunden; Invagination der Stelle mit Übernähung, 9 Monate später, wegen Rückkehr der Beschwerden, hintere Gastroenterostomie, Heilung. In zwei Fällen bildete ein Duodenalgeschwür, einmal wegen starker Blutungen, beim zweiten Kranken wegen Duodenalstenose den Anlaß zur Operation; beide genasen. Die sehr harte, umschriebene Striktur des Duodenums saß etwa $2^1/_2$ cm unterhalb des normalen Pylorus. **Mohr** (Bielefeld).

30) **E. Friederichs.** Über die Jejunostomie als Voroperation für die Magenresektion.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Verf. berichtet über einen Fall von zweizeitiger Magenresektion, bei dem zum ersten Male die bereits von Cačković vorgeschlagene Jejunostomie mit bestem Erfolg als Voroperation ausgeführt wurde. Er empfiehlt dieses Verfahren für alle

Fälle, wo bei technisch möglicher Radikaloperation eines Pyloruskarzinoms der Allgemeinzustand des Pat. ein einzeitiges radikales Vorgehen verbietet und zieht die Jejunostomie bei sehr geschwächten Kranken der gefahrvolleren Gastroenterostomie vor. **Müller** (Dresden).

31) **F. Massmann.** Zwei Fälle von Gangrän des Colon transversum nach Pylorusresektion.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Beide Fälle, deren Krankengeschichten ausführlich wiedergegeben sind, endeten infolge Dickdarmgangrän tödlich; davon der eine, nachdem er zweimal relaparotomiert und beim zweiten Male die gangränöse Partie des Querkolons reseziert war. Forderung der möglichst frühzeitigen Diagnose und operativen Behandlung des Magenkrebses, da sich nur so zu ausgedehnte Operationen, die zur Kolongangrän führen können, vermeiden lassen; ist ein Teil des Colon transversum verdächtig, so darf man die Resektion dieser Stelle nicht unterlassen.

Müller (Dresden).

32) **V. Pauchet** (Amiens). Occlusion aiguë par diverticulite chronique. Entérostomie à droite. Cure de l'anus artificiel par abouchement dans le caecum.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1161.)

Bei einem jungen Mädchen mit schon lange bestehenden Verdauungsstörungen traten plötzlich die Zeichen akuten Darmverschlusses auf. Als Ursache fand P. bei der am 3. Tage nach Beginn der Erkrankung vorgenommenen Laparotomie eine Knickung des Dünndarmes 25—30 cm oberhalb des Blinddarmes durch flächenhafte Verwachsung eines hier abgehenden, 4—5 cm langen Meckel'schen Divertikels mit dem linken Gekrösblatt. Er löste die Verwachsung, resezierte das Divertikel, entleerte den geblähten zuführenden Schenkel der Darmschlinge durch einen Einschnitt, schloß diese Inzision durch Naht und reponierte den Darm. 2 Tage lang ging alles gut; er erfolgte spontaner Abgang von Stuhl und Gasen; dann traten plötzlich neue Ileuserscheinungen auf. Diesmal begnügte sich P. mit Anlegung einer Kotfistel an der Stelle der früheren Inzision des Darmes, da Pat. zu jedem anderen Eingriffe zu schwach war. Als normale Darmentleerung zurückgekehrt war, schloß er die Kotfistel durch seitliche Darmnaht. Nach 14 Tagen trat abermals Darmverschluß auf, der wiederum durch Anlegung eines künstlichen Afters behoben wurde. Durch Umschneidung dieses nach weiteren 3 Monaten und Einpflanzung in den Blinddarm erzielte P. endlich definitive Heilung.

Reichel (Chemnitz).

33) **E. Hagedorn.** Zur Kasuistik des durch Fremdkörper bewirkten Ileus. (In einem Falle durch Murphyknopf, im anderen durch Ascaris lumbricoides).

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Wegen motorischer Insuffizienz und Dilatation des Magens bei allgemeiner Ptosis wurde im ersten Falle die Gastroenterostomia posterior mit Knopf gemacht. 14 Tage später wegen Passagestörung erste Relaparotomie und erweiternde Plastik der der Anastomosenstelle gegenüber narbig veränderten Darmwand. 2 Tage darauf zweite Relaparotomie und Enteroanastomosenbildung zwischen zu- und abführendem Schenkel. Nach weiteren 4 Wochen dritte Relaparotomie wegen Ileus. Enterotomie, Enfernung des verstopfenden Murphyknopfes aus einer im kleinen Becken liegenden Dünndarmschlinge. Heilung.

Im zweiten Falle wurde bei einem 9jährigen Knaben, der mit den Erscheinungen des Darmverschlusses eingeliefert wurde und der vorher zweimal Askariden erbrochen hatte, sofort operativ vorgegangen und als Ursache des Ileus Enterospasmus im Ileum infolge eines Spulwurmes festgestellt. Extraktion des Wurmes.

Heilung. — Im allgemeinen ist beim sog. Ileus verminosus, den Verf. zu Recht anerkennt, medikamentös vorzugehen. Da aber die Diagnose selten vorher bestimmt zu stellen ist, so wird sich ein operatives Vorgehen nicht immer umgehen lassen.

Müller (Dresden).

34) **N. Damianos.** Über aufsteigende Darmeinstülpung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 439.)

D. gewann ein Präparat von aufsteigender Dünndarminvagination durch Darmresektion bei einem leider zu spät dem Kronprinz Rudolf-Kinderhospital in Wien zugeführten 3jährigen Kinde, das die Operation nur kurze Zeit überlebte. Das Präparat wird von ihm näher beschrieben und abgebildet. Im Anschluß hieran gibt er eine Zusammenstellung der nur selten vorgekommenen Fälle aufsteigender Invaginationen, deren er 19 in der Literatur auffinden konnte. In 9 Fällen handelte es sich dabei lediglich um ein- oder mehrfache aufsteigende Invaginationen, in den übrigen liegt eine Kombination ab- und aufsteigender Invaginationen an nicht identischen Darmpartien vor. Im Eingang ist auch der Mechanismus des Invaginationsvorganges unter Bezugnahme auf die Nothnagel'schen Tierexperimente durchsprochen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

35) **Passaggi.** Invaginazione ileocolica.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Fasc. 1.)

P. beobachtete bei einer 30jährigen Frau Anfälle von Schmerzen und Stuhlverstopfung mit Bildung einer leichten Resistenz in der rechten Bauchseite. Es fand sich die Diagnose einer Invaginatio ileo-coecalis bestätigt. Das Colon ascendens endete in seiner Mitte plötzlich mit einer keulenförmigen Anschwellung. Die Invagination ließ sich leicht lösen. Das Intussuscipienz zeigte auf seiner Oberfläche Striae-ähnliche Längsrisse der Muscularis. Er wurde durch eine wahre Endoplicatio, vermittels zweier fortlaufender Längsnähte, verengt. Die Schmerzanfälle hörten sofort nach der Operation auf.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

36) **H. Bousquet** (Clermont-Ferrand). Obstruction intestinale par invagination. — Laparotomie. — Développement de la partie invaginée. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXX. p. 2.)

Der von B. mit Erfolg operierte 39jährige Pat. litt 5 Monate an häufigen, fast täglichen Koliken in der Nabelgegend, bald von hartnäckiger Stuhlverstopfung, bald von Durchfall begleitet. In der anfallsfreien Zeit ergab die Palpation des Bauches nichts Abnormes; während der überaus schmerzhaften Kolikanfälle fühlte man indes in der rechten Fossa iliaca mehrfach eine deutlich abgegrenzte Geschwulst von der Größe einer Mandarine, welche etwas verschieblich war, auch spontan ihre Lage insofern änderte, als sie bald parallel dem Colon ascendens, bald senkrecht zu ihm mit ihrer Längsachse gerichtet war. Gleichzeitig bestand während des Anfalles Temperatursteigerung bis 39°. Den Anfällen folgten Tage völligen Wohlseins. — Während eines besonders heftigen Anfalles mit peritonitischen Erscheinungen entschloß sich B. zur Laparotomie. Er fand nach innen vom Blinddarm eine vom Dünndarme gebildete, 8—10 cm lange, wurstförmige Masse, welche sich leicht vorziehen ließ und als Invagination herausstellte. Es gelang, durch vorsichtigen Zug die Einstülpung zu lösen und so eine 25 cm lange Dünndarmschlinge zu entwickeln. In dem herausgezogenen Darmzylinder fand sich aber noch ein zweiter Zylinder invaginiert, der sich gleichfalls vorziehen ließ und 5—6 cm maß. Dieser letztere Abschnitt wurde von einem daumendicken Meckel'schen Divertikel gebildet, das von einer taubeneigroßen Fettmasse überdacht wurde. B. resezierte das Divertikel und erzielte dadurch völlige Heilung seines Pat.

Reichel (Chemnitz).



37) **W. Bergmann** (Saaz). Zur Kasuistik der Erkrankungen der Flexura sigmoidea.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 26.)

Verf. teilt drei Beobachtungen mit: 1) Ein mit einfacher Detorsion (ohne Fixation) der um 180° nach rechts gedrehten Flexur behandelter Mann war nach 8 Jahren noch völlig arbeitsfähig und ohne Darmstörungen. 2) In desolatem Zustande, bei serofibrinöser Peritonitis operierter Volvulus; Tod an Pneumonie 60 Stunden p. op. 3) An der Leiche eines 23 Jahre alten, seit mehr als 6 Jahren an Erbrechen, Verstopfung und Auftreibung des Leibes leidenden, stark abgemagerten Mannes füllte die enorm gedehnte und erweiterte Schlinge des S romanum den ganzen vorderen Bauchraum von der Symphyse bis zum Zwerchfell aus. Durch Auflagerung einer zentimeterdicken, festhaftenden, harten Kotmasse auf die Schleimhaut war sie in ein starres Rohr verwandelt, das den Pylorus und Magen gegen die Wirbelsäule komprimierte und dadurch zu einer spindelförmigen Erweiterung des unteren Speiseröhrendrittels Veranlassung gegeben hatte. Irgendwelche akute oder chronische peritonitische Veränderungen fehlten, daher sieht Verf. als primäre Ursache des Leidens eine abnorme Länge der Flexur an.

Gutzeit (Neidenburg).

38) **F. Gelati** (Modena). Sopra un caso di ano perineale, nota clinica e considerazioni.

(Clinica chirurgica Bd. X. Hft. 11.)

Bericht über einen glücklich operierten Fall von Anus perinealis bei einem 15jährigen Mädchen durch Auslösen des Mastdarmes aus seinen Verbindungen, Zurückverlegen um mehrere Zentimeter und Neubildung eines Septum recto-vaginale und eines Dammes. Die Funktionen des Sphinkter wurden durchaus normale.

J. Sternberg (Wien).

39) **Fontoynont** (Tananarive). Prolapse total du rectum avec hédrocèle chez un enfant malgache de douze mois. Rectococcypexie. Guérison. — Rapport par M. Broca.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXX. p. 23.)

Das Interesse des Falles liegt in der Jugend des erst 12 Monate alten Pat. und in dem Vorhandensein einer Hedrokele: Der vordere obere Abschnitt des 12 cm langen Mastdarmvorfalles war durch eine weiche, sonore, unter gurgelndem Geräusch reponierbare Masse noch besonders vorgewölbt. Dies veranlaßte F. zur Rektokokkypexie, die auch trotz Fortbestehens von Diarrhöen noch nach 4 Monaten von keinem Rezidive gefolgt war, also anscheinend eine radikale Heilung herbeigeführt hat. — Voll und ganz wird man der Bemerkung des Berichterstatters Broca zustimmen können, daß die Operation eines Mastdarmvorfalles bei so jungen Kindern die seltene Ausnahme bleiben muß, da bei nicht zu sehr kachektischen Kindern die nicht operative Behandlung fast immer zum Ziele führt, bei zu elendem Allgemeinbefinden aber auch die Operation in der Regel nur Mißerfolge zeitigt. (Ref.)

Reichel (Chemnitz).

40) **Kennedy.** Case of excision of a strangulated prolapsed rectum, sigmoid flexure and descending colon in a cretin; recovery.

(Glasgow med. journ. 1905. Januar.)

K. entfernte mit vollständigem Erfolg einen über 60 cm langen Vorfall, der, früher oft reponiert, irreponibel geworden war und Inkarzerationserscheinungen machte. Pat., ein Kretin, war 28 Jahre alt.

W. v. Brunn (Rostock).

41) **Speckert.** Ein Fall von Chyluscyste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 4.)

Verf. fügt zur Kasuistik der bisher sicher gestellten 20 Fälle von Chyluscysten einen neuen. Bei einer 29jährigen Frau ward ein Ovarialkystom diagnostiziert.

Die Operation zeigte, daß es sich um eine Cyste im Mesenterium des untersten Dünndarmes handelte. Da an Exstirpation infolge der Größe der Geschwulst nicht zu denken war, wurde die Cystenwand in die Bauchwunde eingenäht und dann ca. $2^1/_2$ Liter Chylus abgelassen. Die Heilung ging glatt von statten. Die mikroskopische und chemische Untersuchung erwies den Cysteninhalt ebenfalls als Chylus. Die Cystenwand bestand aus drei deutlich voneinander abgegrenzten Schichten. Die hier beschriebene Geschwulst ist aufzufassen als eine in der Lamina propria mesenterii, zwischen beiden Platten des Mesenteriums oder in dem die Chylusgefäße begleitenden retroperitonealen Bindegewebe, im Bereiche des Chylusgefäßsystems gelegene Geschwulst mit spezifischem Cysteninhalt. Viele der bis jetzt bekannten Chyluscysten haben sich durch ausgiebige Beweglichkeit ausgezeichnet und durch leichte Tastung die Diagnose ermöglicht. Narath unterscheidet scharf zwischen retroperitonealen und mesenterialen cystischen Geschwülsten. Erstere läßt er aus zu beiden Seiten der Wirbelsäule befindlichen Organen, letztere aus den zwischen die Gekrösblätter eingelagerten Gebilden, meist aus Lymphgefäßen und Lymphdrüsen entstehen. Die Genese wird von den verschiedenen Autoren verschieden beurteilt. Im vorliegenden S.'schen Falle handelt es sich wohl ätiologisch um eine Stauung im Chylusgefäßsystem. Eine Kommunikation zwischen Cyste und Chyliferen hatte aber in letzter Zeit nicht mehr bestanden. In der Wandung der Chyluscysten ist nie Epithel gefunden worden. Der Inhalt ist durch hohen Fett- und Eiweißgehalt ausgezeichnet. Betroffen von dem Leiden ist jedes Alter, häufiger das weibliche Geschlecht. Von den Symptomen sind hervorzuheben: Schmerzen im Bauch, Aufstoßen, Erbrechen, Verstopfung oder plötzlicher Durchfall, Anämie und Abmagerung.

Unter den therapeutischen Maßnahmen kommen vornehmlich die Einnähung der Cyste und Eröffnung, dann die Exstirpation in Betracht. Letztere ist zu beschränken auf Fälle von gestielten Cysten und von leichter Enukleationsmöglichkeit, da andernfalls leicht Verletzungen gesetzt werden können, welche durch die Notwendigkeit einer Darmresektion die Gefahr des Eingriffes erhöhen würden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

42) **A. Trinkler.** Totale Exstirpation des Omentum bei Achsendrehung desselben.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 269.)

T. operierte folgenden Fall: Pat. (Alter nicht angegeben) hat seit mehr als 10 Jahren das Gefühl von Unbehagen in der Skroto-Inguinalgegend und zeitweise Schmerzen in der Blinddarmgegend, in den letzten Jahren Gefühl von Schwere im Unterleibe, ferner habituelle Stuhlverstopfung. Befund: Kindskopfgroße fluktuierende Flüssigkeitsansammlung im rechten Hodensackfach, weder Hoden noch Samenstrang fühlbar, Leistenkanal für den Finger durchgängig, welcher in der Gegend des inneren Bauchringes an feste, dem Gefühle nach netzähnliche Körper stößt. Im rechten unteren Bauchteil eine derbe, über zweifaustgroße Geschwulst, etwas beweglich und nur sehr wenig druckempfindlich, die sich ebenfalls wie verdicktes Netz anfühlt. Keinerlei akute bezw. entzündliche Erscheinungen. Bei der Operation ergibt Schnitt in die rechte Skrotalhälfte einen zwei Gläser voll serös-blutiger Flüssigkeit enthaltenden Leistenbruchsack. Am inneren Leistenringe findet sich mit lockeren, blutenden, augenscheinlich frischen Verwachsungen fixiertes Netz, nach dessen Zurückdrängung der Finger in die Bauchhöhle gelangt, aus welcher sich blutige, Fibringerinnsel enthaltende Flüssigkeit entleert. Der zu Gesicht gekommene Netzteil hängt mit der intraabdominalen Geschwulst zusammen. Um dieser habhaft zu werden, Laparotomie. Die Geschwulst ist das umfangreiche, dunkelblaue, starke Venen tragende Netz, das oben in einen dreifingerbreit langen und einfingerbreit breiten, dreimal um seine Achse gedrehten Stiel übergeht. Unterbindung und Trennung des letzteren, glatte Heilung.

Der Mitteilung des eigenen Falles ist eine Allgemeinbesprechung der Achsendrehung abdomineller Organe und Geschwülste, speziell des Netzes, voraufgeschickt, wobei die früheren analogen, ziemlich spärlichen Beobachtungen erwähnt werden

Nur in wenigen Fällen ist die Achsendrehung von Netz bei von Verwachsungen ganz freiem Netz beobachtet. Meist ist das distale Ende des Netzes irgendwo, namentlich in Hernien, festgelegt und ist auf diese Weise eine feste Achse präformiert, um welche die Drehung stattfindet. Außerdem zeigt das achsengedrehte Netz nicht chronisch entzündliche Veränderungen, die ebenfalls meist mit Brüchen in ursächlichem Zusammenhange stehen. Differentialdiagnostisch kann für gedrehte Netzgeschwülste, wie in T.'s Fall, Appendicitis in Frage kommen.

Zum Schluß Literaturverzeichnis von 39 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

43) **F. Möller.** Chronische Mesenteriitis.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Kasuistische Mitteilung eines Ileusfalles, bei dem als Ursache durch die Operation an vier Stellen des untersten Dünndarmes »anscheinend durch Entzündungsprozesse am Mesenterium entstandene und auf die Darmserosa fortgeschrittene ringförmige Verwachsungen und Verengerungen« gefunden wurden. An drei Stenosestellen Längsinzision und Quernaht, schließlich doch Ileokolostomie. Ferner Resektion des kranken Wurmfortsatzes, dessen zugehörige Mesenterialdrüsen tuberkulös gefunden wurden. Heilung.

(Nach Ansicht des Ref. dürfte es sich um narbige, stenosierende, tuberkulöse Darmgeschwüre mit sekundären entzündlichen Veränderungen des Mesenteriums gehandelt haben.) **Müller** (Dresden).

44) **Le Fort** (Lille). Splénectomie pour endothéliome de la rate. Guérison maintenue depuis dix mois. Rapport par M. F. Legueu.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1176.)

Der 56jährige Pat. hatte 20 Jahre zuvor mehrfach an Intermittens gelitten, war aber seitdem gesund geblieben. Seit $1^1/_2$ Jahren litt er an gastrischen Störungen, reichlichstem Schleimerbrechen, Verdauungsbeschwerden; aber erst seit 4 Monaten bemerkte er eine Zunahme des Leibesumfanges. Eine im Oktober 1901 vorgenommene Untersuchung ergab bei dem bleichen, anämischen Manne eine fast den ganzen Bauch füllende Milzgeschwulst. Eine Behandlung mit Chinin und Arsen brachte vorübergehend geringe Besserung; dann wuchs die Geschwulst weiter, weshalb Le F. im September 1902 die Splenektomie ausführte. Die exstirpierte Milz wog 4800 g; ihre mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Endotheliom handelte. Noch 10 Monate nach der Operation fühlte sich Pat. völlig wohl. **Reichel** (Chemnitz).

45) **Randone.** L'eliminazione della bile nell' uomo dopo l'ingestione di sostanze proteiche e grasse.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Fasc. 2.)

R. stellte seine Untersuchungen an einem Menschen mit dauernder, kompletter und permanenter Gallenfistel (Cholecystostomie bei Choledochusverschluß) an und fand: Nahrungsaufnahme erzeugt eine starke Gallenabsonderung, die gegen die 3. Stunde am stärksten ist. Eiweißreiche Nahrung hat keinen Einfluß auf die Beziehungen zwischen Gallen- und Harnstoffausscheidung. Fette vermehren die Ausscheidung weniger stark; der Höhepunkt liegt nach 4 Stunden; das Gallen-Harnstoffverhältnis (Harnstoffmenge auf 100 frische Galle) sinkt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

46) **Tilton.** Some considerations regarding wounds of the liver.

(Annals of surgery 1905. Nr. 1.)

In 365 Fällen von subkutaner Verletzung der Baucheingeweide war die Leber 189mal, Milz, Pankreas und Nieren zusammen nur 179mal betroffen. Der Sitz der Leber zwischen relativ starren Wänden — Rippen und Wirbelsäule —, ferner die

häufigeren krankhaften Veränderungen des Organes prädisponieren zu Rupturen. Der rechte Leberlappen ist öfter verletzt als der linke, die konvexe obere Fläche mehr als die konkave untere. Die Symptome sind, neben den allgemeinen der Verletzung der Baucheingeweide überhaupt, speziell: ausstrahlende Schmerzen in die rechte Schulter, Druckempfindlichkeit in der Lebergegend, harte Spannung der Bauchdecken, Verblutungserscheinungen, Gelbsucht, Erbrechen. Die Prognose hängt von der Schwere der inneren Blutung ab. Die Mortalität betrug bei subkutanen Verletzungen nach Edler 78%, bei Schußwunden 39%, bei Stichwunden 37,5%.

In allen schweren Fällen muß sofort die Laparotomie ausgeführt werden, bei allen offenen Wunden ist ebenfalls die Leber freizulegen. Nur in milden Fällen ohne Chok und ohne die Anzeichen innerer Blutung darf exspektativ verfahren werden. **Herhold** (Altona).

47) **Spillmann.** Rupture double des voies biliaires consécutive à une chute.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 12.)

Ein 8jähriges Mädchen stürzte etwa 15 m ab auf die linke Seite, bricht den linken Vorderarm und klagt sofort über heftige Leibschmerzen. Erst 20 Tage nach dem Unfalle wird sie mit allen Zeichen von Peritonitis in das Krankenhaus gebracht. Laparotomie, Entleerung von 2 Litern Galle, ohne daß es möglich ist, bei der stark kollabierten Pat. die Rißstelle zu finden. Tamponade der Gallengegend. 8 Tage später war bereits eine zweite Entleerung von $1^1/_2$ Liter galligen Inhaltes nötig. Am 18. Tage Tod. Bei der Autopsie fanden sich zwei kleine Einrisse der Gallenwege, einer am Blasenhals, einer am Ductus hepaticus dicht am Austritt aus der Leber. **Stolper** (Göttingen).

48) **Hammond.** Congenital elongation of the left lobe of the liver.

(Annals of surgery 1905. Januar.)

Ein 16jähriges Mädchen litt seit 2 Jahren nach jedem Essen an Auftreibung der Magengegend und lästigem Druckgefühl daselbst. Nach Laparotomie zeigte sich, daß eine Senkung des Magens und eine zungenförmige Verlängerung des linken Leberlappens bestand. Der letztere erstreckte sich über die kleine Kurvatur des Magens bis ins linke Hypochondrium; die Milz zeigte dort, wo sie von dem Leberlappen berührt wurde, eine Einzackung. Der ausgezogene Leberlappen wurde in die Bauchwunde gezogen und in derselben durch Nähte fixiert (Ventrosuspension) die Beschwerden verschwanden. H. glaubt, daß es sich um eine angeborene Verlängerung des linken Leberlappens gehandelt habe. **Herhold** (Altona).

49) **Fink** (Karlsbad). Ein Fall von Vortäuschung der Gallenblase.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 20.)

Bei einer 63jährigen, seit 20 Jahren an Gallensteinkoliken leidenden Frau täuschte die starke Vergrößerung des rechts von der Inzisur gelegenen Leberabschnittes eine Gallenblase vor. Tatsächlich war, wie die Operation nachwies, die Gallenblase zu einem häutigen Rudiment geschrumpft; Schnürleber bestand nicht. Der gleichzeitig gefundene Choledochusstein hatte wahrscheinlich früher im rechten Aste des Hepaticus gesessen und eine Stauung vorzugsweise im rechten Leberlappen bedingt. Die Ähnlichkeit mit einer Gallenblase war bei der Tastung durch die Bauchdecken deshalb noch auffälliger, weil die als solche imponierende Geschwulst während des Anfalles größer und druckschmerzhaft wurde, nach den Anfällen wieder zurückging. **Gutzeit** (Neidenburg).

50) **Mildner.** Alkoholische Lebercirrhose beim 8jährigen Kinde. Die Chancen der Talma'schen Operation.

(Therapie der Gegenwart 1904. Nr. 12.)

Verf. berichtet über einen Fall von alkoholischer Lebercirrhose bei einem 8jährigen Kinde, bei welchem zur Beseitigung des nach wiederholten Punktionen

stets wiederkehrenden Ascites die Omentopexie vorgenommen wurde. Bei der Operation zeigte sich das Netz dünn und anämisch, Venenerweiterungen waren nirgends zu finden.

Das Kind starb nach 14 Tagen, jedoch zeigte sich eine deutliche Venenerweiterung an Brust- und Bauchhaut.

Es war also eine Ablenkung des Pfortaderkreislaufes auf dem Wege der V. epigastrica superf. trotz der dünnen Netzvenen zustande gekommen.

Aus diesen Tatsachen schließt Verf., daß nicht in allen Fällen die Lebercirrhose durch Stauung eine Venenerweiterung hervorruft und der Ascites nicht immer der Ausdruck der Hypertension des Portalkreislaufes ist, daß aber auch bei absolutem Fehlen von Venenerweiterung ein Erfolg der Talma'schen Operation noch zu erwarten ist. **Silberberg** (Breslau).

51) **H. Delagénière** (Mans). Contribution à la chirurgie du canal hépatique d'après trois cas personelles et les travaux les plus recents.

Paris 1904.

Die verschiedenen Operationsverfahren am Ductus hepaticus sind in der kurzen Abhandlung besprochen, vor allem die direkte und indirekte Drainage bei Infektionen sowie die Mittel und Wege zur Entfernung von Steinen. Bei jeder Methode ist zur Erläuterung ein Krankheitsfall beschrieben, von denen drei persönliche Erlebnisse: ein Fall von indirekter Drainage durch den Ductus choledochus, ein zweiter von Lithotripsie und endlich ein solcher von einfacher Entfernung von Steinen durch Inzision des Ductus hepaticus. **Coste** (Straßburg i. E.).

52) **M. Baillet** (Orléans). Rétention biliaire par calcul. Cholédochotomie, persistance des accidents. Hépaticolithotripsie. Guérison. Rapport par M. Michaux.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1194.)

Bei einer 45jährigen Frau machte B. wegen Verschluß des Choledochus durch Steine die Choledochotomie mit Exstirpation der Gallenblase und des Cysticus, welche sämtlich Steine enthielten. Aus dem Choledochus hatte B. einen haselnußgroßen Stein entfernt, doch entleerte sich danach nur wenig Galle. In das periphere Ende des Choledochus konnte B. nachher eine Sonde 15 cm weit leicht einführen, nicht aber in das zentrale. Die Wunde des Choledochus nähte B., ließ aber behufs Drainage den Cysticusstumpf offen. Bei sonst gutem Verlaufe blieben aber auch nach der Operation die Stühle ungefärbt, und aus der Wunde floß keine Galle ab. Es bestand also noch ein höher oben sitzender Verschluß der Gallenwege. Am 9. Tage nach der ersten Operation inzidierte B. deshalb nochmals, durchschnitt bei den mühsamen Versuchen versehentlich den Choledochus quer, konnte ihn wieder peripher, aber nicht zentral sondieren; endlich drang die Sonde 12 cm weit aufwärts ein, und nach ihrem Zurückziehen entleerten sich Galle und Steinbröckel in größerer Menge. Auf Naht des Choledochus verzichtete B. diesmal, zumal seine beiden Enden sich nicht aneinander bringen ließen, drainierte und tamponierte die Wunde. Schließlich trat völlige Heilung ein.

Reichel (Chemnitz).

53) **König**. Die Bedeutung der Lebersyphilis für die Diagnose der Bauchgeschwülste.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 6.)

In den drei Fällen, von denen die Krankengeschichten mitgeteilt werden, handelte es sich um schmerzhafte Geschwulstbildung in der Substanz der Leber, welche durch Syphilis hervorgerufen wurde. Die luetischen Geschwülste können sich darstellen: 1) als flächenhaft in der Substanz der Leber gelegene, meist harte, in der Regel ungleiche Schwellungen, welche innerhalb der Perkussionsgrenzen der Leber liegen; 2) als anscheinend von der Leber getrennte, öfter sehr bewegliche, knollige,

meist rundliche, nierenförmige usw. Geschwülste, welche mit der Leber gestielt zusammenhängen, einen Teil derselben zuweilen einen recht großen darstellen. Die Diagnose ist nicht in allen Fällen sicher zu stellen. Differentialdiagnostisch kommen bei der ersten Form in Betracht: Tuberkulose der Leber, primäre Karzinome, metastatische Geschwülste; bei der zweiten Form: Nierengeschwülste, Schnürleber usw.

Ob man bei dem Nachweise von Syphilis durch Operation die Krankheit entfernen darf und soll, das läßt sich nur von Fall zu Fall zu entscheiden.

Langemak (Erfurt).

54) **N. Trinkler.** Zur Diagnose der syphilitischen Affektionen des Pankreas.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 58.)

T. berichtet einen eigenen Fall, eine 28jährige Pat. betreffend, deren Leiden für Cholelithiasis angesehen war und die deshalb laparotomiert wurde. Dabei fand sich statt der Gallensteine eine Anschwellung des Pankreaskopfes mit zahlreichen gelben, linsen- bis erbsengroßen Knötchen, die für Gummata zu halten waren. Eine nun eingeleitete antiluetische Behandlung war von Erfolg, so daß binnen 2 Monaten an Stelle der früheren derben Geschwulst, die, neben der stark vergrößerten Leber gelegen, für die Gallenblase gehalten war, nur noch eine unbedeutende schmerzlose Verdichtung tastbar war. Die Krankheitserscheinungen der Pat. datierten $1^1/_2$ Jahre zurück und hatten mit einer heftigen Pseudogallenkolik begonnen. Übelkeit, Brechen, Diarrhöen kamen im Verlauf einer Kumyskur hinzu, zuletzt auch starker Ikterus. Die Pat. scheint bald nach ihrer Verheiratung infiziert zu sein, hatte einmal eine totfaule Frucht geboren, auch wiederholt starke Periostitiden an den Rippen gehabt, Umstände, die bei der Diagnose vor der Operation nicht genügend erwogen zu sein scheinen.

Der kasuistischen Mitteilung ist eine Allgemeinbesprechung des Leidens vorausgeschickt, welches jedenfalls selten und noch wenig bekannt ist. Im ganzen reiht es sich den einfachen chronischen Pankreatitiden, insbesondere den indurativen an.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

55) **Nobl.** Beitrag zur akuten Erkrankung der Bauchspeicheldrüse.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 3.)

N. veröffentlicht aus Sprengel's chirurgischer Abteilung zwei Fälle von Pankreaserkrankung. Im ersten Falle, bei einer 18jährigen Dienstmagd, wurde die Diagnose auf perforiertes Magengeschwür gestellt. Bei dem Eingriffe fand sich das Pankreas geschwollen, der Bauch voll von einer rotbraunen, wäßrigen Flüssigkeit, die von dem freigelegten Pankreas ausströmte. Auf Tampondrainage heilte das Leiden aus. — In dem zweiten Falle handelte es sich um einen 64jährigen Heizer. Die Diagnose war unbestimmt, event. Pericholecystitis. Der Kopf des Pankreas war nekrotisch und wurde entfernt. Im Gegensatze zum ersten Falle fanden sich außerdem noch Fettnekrosen. Auch hier wurde tamponiert und Heilung erzielt.

Verf. bespricht den Zusammenhang der akuten Pankreatitiden mit der Cholelithiasis, die Unsicherheit der Frühdiagnose und tritt für die Frühoperation einschlägiger Fälle ein. Im allgemeinen ist der Weg durch das kleine Netz zum Pankreas vorzuziehen. Am Schluß der Arbeit sind 43 Fälle aus der Literatur der letzten drei Jahre zusammengestellt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

56) **F. Spitzer.** Vorkommen eines paraurethralen Ganges mit cystischen Erweiterungen in der Genitoperinealrhaphe.

(Wiener med. Presse 1905. Nr. 9.)

Verf. fand bei einem Kranken mit Gonorrhöe einen gonorrhoisch nicht erkrankten Paraurethralgang mit cystischen Erweiterungen in der Genitoperinealrhaphe, der sein Entstehen einer Hemmungsbildung bei der Verwachsung der embryonal angelegten Urethralrinne verdankt.

Paul Wagner (Leipzig).

57) **Guépin.** Le traitement de l'hypertrophie sénile de la prostate.
Paris, **Felix Alcan,** 1905. 138 S.

Verf. tritt sehr warm für die nicht operative Behandlung der Prostatahypertrophie ein. In gesonderten Abschnitten werden für die einzelnen Stadien der Erkrankung eine Reihe prophylaktischer und palliativ-symptomatischer Mittel angegeben und besprochen. Besonders kommen in Betracht Bäder, warme Klystiere, digitale Expression von Retentionscysten, Dauerkatheter, Blasenausspülungen, Ichthyol und Jodoformsuppositorien. **Willi Hirt** (Breslau).

58) **Young.** Conservative perineal prostatectomy.
(Journ. of the americ. med. assoc. 1905. Februar 4.)

Y. berichtet über die Erfolge mit dem von ihm angegebenen Verfahren (Ref. s. d. Bl. 1903 Nr. 52). Seit Mai 1904 hat er 50 Pat. operiert, darunter 10 zwischen 70 und 85 Jahren mit im ganzen 2 Todesfällen. Als Betäubungsmittel verwandte er in vielen Fällen die Spinalanästhesie mit bestem Erfolge selbst bei sehr alten und schwachen Leuten. Seitdem er das Kokain in Spinalflüssigkeit löst, hat er keine üblen Zufälle gehabt. Bei der Nachbehandlung kommt es darauf an, die Nieren durch reichliches Wassertrinken durchzuspülen, die Kranken recht bald (3. oder 4. Tag) aus dem Bett in den Rollstuhl zu bringen und die Drainröhre und Tampons baldigst aus der Wunde zu entfernen, spätestens am 4. Tage. Dauerkatheter widerrät Y. dringend. Bei seinen sämtlichen Operierten ist natürliche Harnentleerung eingetreten, die meisten sind frei von Residualharn, der höchstens 35 cmm beträgt. Einen Teil seiner Erfolge schreibt er dem von ihm angegebenen »Tractor« zu. **Trapp** (Bückeburg).

59) **Ráskai.** Untersuchungen über die Ätiologie der Cystitis.
(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 1.)

Unter 61 Fällen von Cystitis waren 36 sauer, 21 alkolisch, 4 neutral. Es überwiegen hier die sauren Kolicystitiden.

Im allgemeinen kann das Bact. coli seine cystitiserregende Wirkung nur mit Hinzutreten gewisser Hilfsmomente, die eine Prädisposition der Blase hervorrufen, ausüben; besonders kommen in Betracht Retention und Trauma. Das Bakt. coli ist desgleichen die häufigste Ursache der Bakteriurie ohne Cystitis. In den Fällen des Verf.s war die Ursache der Koliinfektion meist ein Katheterismus einer affizierten Blase.

Viermal fand sich Proteus vulgaris als Erreger der Cystitis, davon dreimal in Reinkultur. Alle vier Fälle fielen durch ihre Intensität auf. Neun Fälle waren durch Staphylo- resp. Streptokokken verursacht; bei Staphylokokkeninfektion fand sich meist ammoniakalischer Harn, bei Streptokokken saurer. Die Intensität dieser Cystitiden war sehr wechselnd. **Willi Hirt** (Breslau).

60) **M. Benöhr.** Fälle von subkutaner Nierenzerreißung.
Dissertation, Kiel 1904.

Verf. teilt aus der Helferich'schen Klinik vier Fälle von subkutaner Nierenverletzung mit, die durch Überfahrenwerden resp. Sturz entstanden waren. Bei dem einen Kranken, einem 11jährigen Knaben, konnte als eine nicht gerade häufig auftretende Erscheinung das Bestehen einer Flexionsstellung des der gequetschten Nierenseite entsprechenden Oberschenkels beobachtet werden. Es hatte hier offenbar eine von der verletzten Niere ausgehende Geschwulst, die im weiteren Verlaufe auch nachgewiesen wurde, auf den M. psoas gedrückt und nach Art eines Psoasabszesses die Flexionsstellung des Oberschenkels im Hüftgelenk herbeigeführt. In allen vier Fällen trat unter strengster Ruhelagerung, Eisapplikation auf die Gegend der verletzten Niere und unter angemessener Diät vollständige Heilung ein. **P. Wagner** (Leipzig).

61) **B. Schenk.** Renal hematuria of unexplained origin. Report of a case with cessation after nephrotomy.

(Med. news 1904. Dezember 24.)

Eine 46jährige, sonst gesunde Frau, hatte seit 5 Monaten blutigen Urin mit paroxysmalen Rückenschmerzen, namentlich in der linken Lendengegend. Der Harnleiterkatheterismus förderte aus der linken Niere blutigen Urin zutage, welcher während einer 4wöchigen Beobachtungszeit ununterbrochen vorhanden war. Die explorative Nephrotomie zeigte das Nierenbecken von Blutgerinnseln erfüllt, während im Parenchym nichts Pathologisches bemerkt werden konnte. Zu demselben Resultate gelangte man bei der genauen Untersuchung eines exzidierten Nierenstückchens. Die Hämaturie ließ nach der Operation nach und verschwand nach 4 Wochen. Die Kranke wurde geheilt entlassen.

Verf. ist in der Beurteilung solcher Fälle, was ein normales histologisches Bild anlangt, sehr skeptisch. Ein solches erkennt er nur in dem von Schede und einem von Klemperer beschriebenen Fall an.

Obwohl Verf. seinen eigenen Fall als eine essentielle Blutung auffaßt, weist er doch nicht die Möglichkeit von der Hand, daß doch an einer anderen Stelle des Parenchyms pathologische Veränderungen vorhanden gewesen sein können, und daß, selbst wenn dem nicht so wäre, man doch nicht berechtigt sein dürfte, von Blutungen aus einer anatomisch gesunden Niere zu sprechen, sondern man Israel's Standpunkt beachten und derartige Blutungen ätiologisch für noch vollkommen unklar halten müsse. **Hofmann** (Freiburg i. B.).

62) **F. Peuckert.** Über die von versprengten Nebennierenkeimen ausgehenden Geschwülste der Niere.

Diss., Leipzig, 1905.

Verf. berichtet aus der chirurgischen Abteilung des Dresdener Diakonissenhauses (Dr. Rupprecht) über drei Fälle aus versprengten Nebennierenkeimen entstandener Nierengeschwülste. Bei allen drei Kranken — 48- und 50jähriger Mann, 41jähriges Fräulein — wurde die Nephrektomie vorgenommen. Die beiden männlichen Kranken waren noch 2 Jahre nach der Operation gesund und rezidivfrei; das 41jährige Fräulein starb $3^3/_4$ Jahre nach dem Eingriffe an Metastasen.

Paul Wagner (Leipzig).

63) **H. Hartmann.** Déchirure de la veine cave inférieure au cours d'une néphrectomie abdominale. Ligature du tronc au-dessus et au-dessous de la déchirure. Guérison sans incident.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXX. p. 57.)

Bei transperitonealer Ausschälung einer umfangreichen Pyonephrose hatte H. das Unglück, die Vena cava anzureißen. Der 3 cm lange Riß betraf den lateralen Rand und endigte nach aufwärts 3 cm unterhalb des Nierenstieles. Dadurch war die doppelte Unterbindung der Vene ober- und unterhalb des Risses ohne Gefährdung der anderen Niere möglich und führte zur Heilung ohne Zwischenfall. — Falls der Riß der Einmündung der Nierenvene entsprochen hätte, hätte nach Ansicht H.'s höchstens die laterale Venennaht in Frage kommen können.

Tuffier hält es nicht für erwiesen, daß Unterbindung der Vena cava selbst innerhalb des Bereiches des Nierenstieles notwendig die zweite Niere gefährdet hätte; wenigstens hat er experimentell vielfach die Nierenvene abgebunden, ohne danach die entsprechende Niere verändert zu finden. **Reichel** (Chemnitz).

64) **Souligoux.** Torsion du cordon spermatique sans ectopie testiculaire. Rapport par M. F. Legueu.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXX. p. 48.)

Der sonst gesunde 29jährige Pat. S.'s erkrankte ohne nachweisbare Ursache plötzlich mit heftigen Schmerzen und folgender Schwellung in der linken Hoden-

sackhälfte. 5 Tage nachher bestand Kontraktur der Bauchdecken in der linken Fossa iliaca, Beugekontraktur der linken Hüfte, schmerzhafte Anschwellung der linken Skrotalhälfte bis zur Größe eines Puteneies; Hode und Epididymis ließen sich nicht voneinander scheiden. Die Operation zeigte, daß es sich um eine intravaginale Drehung des Samenstranges um 180° handelte. Kastration wegen der vorhandenen schweren Zirkulationsstörungen am Hoden. Heilung.

Der Berichterstatter, Legueu, fügt einen zweiten Fall von Torsion des Samenstranges hinzu bei einem 13jährigen Knaben. Bei diesem war die entsprechende rechte Hälfte des Hodensackes leer; im Niveau des äußeren Leistenringes lag eine runde, schmerzhafte, nußgroße Geschwulst. Die Inzision ließ den weißen Hoden und schwarz verfärbten Nebenhoden erkennen und ergab eine Drehung in einer dem Uhrzeiger entgegengesetzten Richtung; sie war ohne Zweifel in dem Moment entstanden, in welchem der Hode zum erstenmal aus dem Leistenkanal verspätet hervortrat. Heilung ohne Kastration.

Legueu sieht in diesen beiden Beobachtungen die beiden anatomischen Typen der Drehung des Samenstranges. Bei der durch seinen Fall repräsentierten, sehr seltenen extravaginalen Torsion dreht sich der Samenstrang und der Hode samt seiner Scheide um seine Achse; bei der weit häufigeren intravaginalen Form erfolgt die Drehung innerhalb der Tunica vaginalis. Ektopie des Hoden fehlte unter 50 Fällen ungefähr 25mal. **Reichel** (Chemnitz).

65) **Philipp.** Die Röntgenbestrahlung der Hoden des Mannes.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 2.)

Verf. bestrahlte bei zwei Männern die Hoden, bei dem einen in der ausgesprochenen Absicht, ihn zu sterilisieren. Die ganze Bestrahlungsdauer war bei letzterem 365 Minuten, bei dem anderen nur 195 Minuten. Die zunächst vorgenommenen Untersuchungen der Spermaflüssigkeit ergaben normal gestaltete lebende Spermatozoen. 6—7 Monate später ausgeführte Untersuchungen des Samens aber zeigten eine vollkommene Azoospermie, ohne daß die Potentia coeundi im geringsten gelitten hatte. Verf. hält deswegen die Röntgenbestrahlung für eine »bequeme, schmerzlose und unschädliche Methode, um den Mann zu sterilisieren«. Wie lange es nach der Bestrahlung bis zur Schädigung der Spermatozoen dauert, muß erst durch weitere Versuche festgestellt werden.

Diese Erfolge sind zu gleicher Zeit für die Radiologen eine Warnung, bei ihrer Beschäftigung nicht gar zu furchtlos zu verfahren. **Gaugele** (Breslau).

66) **Guinard.** Cancer du sein. Fibromes de l'uterus. Castration subtotale et disparition consecutive de la tumeur du sein.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXX. p. 29.)

Englische Berichte von angeblicher Heilung von Brustkrebs durch Entfernung der Eierstöcke veranlaßten G. bei einer 45jährigen Frau mit rechtsseitigem Brustkrebs und rasch wachsendem Uterusfibrom die abdominale Hysterektomie und doppelseitige Oophorektomie zu machen. Zu seiner eigenen Überraschung schwand danach die axilläre Lymphdrüsengeschwulst sehr rasch vollständig, die Leistendrüsengeschwulst verkleinerte sich rapid, ihre Verwachsungen mit der Haut gingen zurück, die mit dem Pectoralis major wurden weicher. Eine nach 11 Wochen zur mikroskopischen Untersuchung vorgenommene Probeexzision eines kleinen Stückes aus dem damals noch vorhandenen Geschwulstrest bestätigte die Diagnose Karzinom.

G. stellte den Fall in diesem Stadium der Pariser chirurgischen Gesellschaft vor, enthielt sich zunächst aller weiteren Schlußfolgerungen.

Die an der Diskussion sich beteiligenden Chirurgen Routier, Quénu, Segond, Delbet, Kirmisson erkennen sämmtlich das hohe Interesse des Falles an, warnen aber vor zu weitgehenden Folgerungen: eine Heilung des Brustkrebses sei tatsächlich nicht erfolgt; auch zeigen genügend zahlreiche Beobachtungen das Vorkommen von Brustkrebsen bei Frauen, die vorher wegen irgend eines Leidens kastriert worden waren. **Reichel** (Chemnitz).

67) **Zacharias** (Erlangen). Eine seltene Form des Cervixmyoms.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LIII. Hft. 1.)

Der vorliegende, höchst bemerkenswerte Fall kam unter dem Bild eines diffusen Kollumkarzinoms wegen profuser Blutungen in Behandlung der Menge'schen Klinik. Der anscheinend eindeutige Tastbefund und das ganze Bild veranlaßten den Operateur zur Vornahme der abdominalen Radikaloperation nach Wertheim. Glatte Rekonvaleszenz! Die anatomisch-histologische Untersuchung bewies, daß die Auftreibung des Collum uteri durch eine eigentümlich diffuse Fibromyombildung bedingt war. Ähnlich wie bei manchen Formen chronischer Metritis, war das Collum zu einem mächtigen, wulstigen Knollen verändert. Die Fibromyombildung erstreckte sich gleichmäßig konzentrisch vom Cervicalkanal aus durch alle Schichten des Kollums. Von einem Epitheliom war nichts zu finden. Ref. benutzt diese Gelegenheit, um wiederum auf die Notwendigkeit einer Probeexzision mit mikroskopischer Untersuchung ante operationem hinzuweisen. **Kroemer** (Gießen).

68) **F. Kleinhaus** (Prag). Beitrag zur Lehre von den Adenomyomen des weiblichen Genitaltraktus.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LII. Hft. 2.)

Zwei neue Beispiele von ungewöhnlichem Sitze der Adenomyome gaben die Veranlassung zu vorliegender Veröffentlichung.

In Fall I handelt es sich um ein Adenomyom des hinteren Scheidengewölbes. In Fall II war die retrovertierte myomatöse Gebärmutter mit dem Mastdarme verwachsen. Die histologische Untersuchung zeigte als Ursache des festen Zusammenhanges ein infiltrierendes Vordringen der typischen Adenomschläuche in die Wand des Darmes hinein. Histologisch war das Epithelbild durchaus eindeutig in gutartigem Sinne.

Während K. die erstere Geschwulst mit Bestimmtheit auf eine Wucherung der Scheidendrüsen, also auf Derivate des Müller'schen Ganges zurückführt, läßt er bei der zweiten auch noch die Möglichkeit einer Entstehung vom Wolff'schen Gang aus offen. Jedenfalls vertritt er mit Schickele die Gutartigkeit der Geschwulst, deren Epithelderivate zwar heterotopisch vordringen können, stets aber reine Adenombilder zeigen und nie rezidivieren sollen. Er erinnert an das infiltrierende Vordringen der Adenomyomgeschwülste von Pick und Füth, welch letzterer mehr zur Annahme einer möglichen Bösartigkeit neigt und referiert endlich den Befund Pfannenstiel's, welcher bei einem Scheidenadenomyom — analog dem Fall I des Verf.s — einen Adenomyomknoten von Walnußgröße in der Leistengegend fand. **Kroemer** (Gießen).

69) **Russell.** Epileptiform attacks complicating double ovarian tumour: removal of growths, followed by cessation of attacks.

(Glasgow med. journ. 1905. Februar.)

Eine zur Zeit der Operation 31jährige Pat. war mit 24 Jahren an richtigen epileptischen (nicht »epileptiformen«) Anfällen erkrankt. Im Herbst 1902 wurde eine Geschwulst im Bauche bemerkt. Im Juli 1903 wurde eine sehr große Geschwulst des linken und eine kleinere des rechten Eierstocks durch Oophorektomie entfernt. Seitdem sind Anfälle nicht wieder aufgetreten.

R. glaubt, wohl mit Recht, einen Zusammenhang zwischen der Geschwulstbildung und den Anfällen annehmen zu dürfen; er hat einen Parallelfall in der Litteratur nicht finden können. **W. v. Brunn** (Rostock).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 18. Sonnabend, den 6. Mai. 1905.

(Mitteilung aus der chirurgischen Abteilung des St. Stephanspitales in Budapest. Primarius: Prof. E. v. Herczel.)

Ein neues Verfahren zur Radikaloperation grofser Schenkelbrüche.

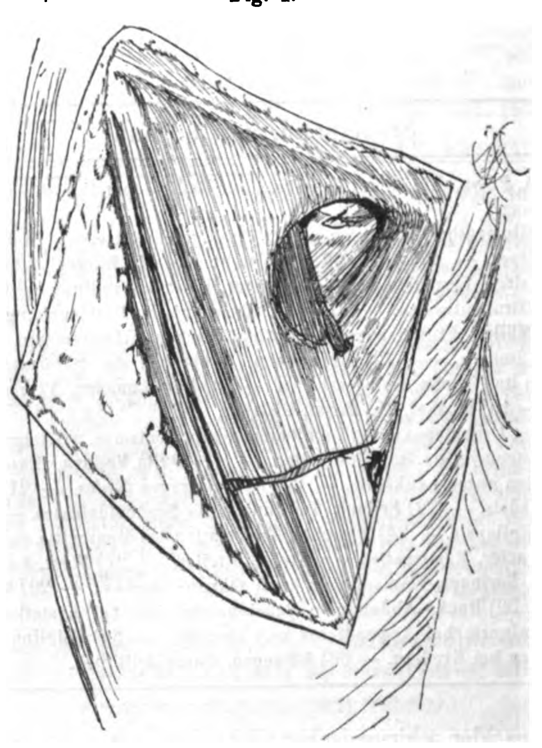
Von

Dr. **Eugen A. Pólya,** Assistenzarzt.

Daß die von den Lehrbüchern einmütig betonte Seltenheit der Rezidive nach Operationen von Kruralhernien nicht durch die Vollkommenheit der gebräuchlichen Verfahren, sondern nur durch die

günstigen anatomischen Verhältnisse (Kleinheit der Brüche, langer, schmaler, zum Teil von Knochen begrenzter Bruchkanal) bedingt wird, beweist Pott's Sammelstatistik (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX), welche nachwies, daß der Unterschied zwischen den mit und ohne Verschluß der Bruchpforte operierten Kruralhernien betreffs der Radikalheilung nur 8—9% beträgt. Hierfür spricht auch die Erfahrung, daß große Schenkelbrüche regelmäßig rezidivieren, und daß bei diesen der Verschluß der Bruchpforte nach den gewöhnlich geübten Methoden (Berger, Bassini) nur unter sehr beträchtlicher Spannung gelingt. Zur Verminderung dieser Spannung wurde empfohlen, das


Fig. 1.



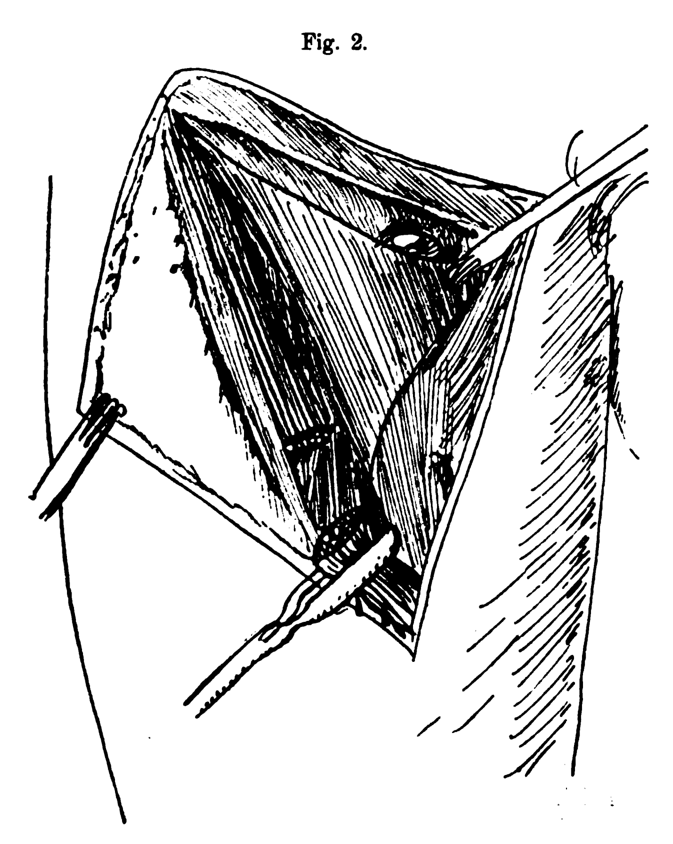
Poupart'sche Band in der Mitte durchzuschneiden (Delagenière), es vom Tuberculum pubicum abzulösen (Fabricius), oder diesen Knochenfortsatz mitsamt dem Bande vom Schambein abzumeißeln (Jaboulay). Ein großer Nachteil dieser Verfahren besteht darin, daß sie den Leistenkanal beträchtlich erweitern und zu sekundären Leistenbrüchen führen können. Deshalb wurde auch von mehreren Autoren (Lotheissen, Gillin, Leuzzi) die quere und schiefe Bauchmuskulatur zum Schambein und der Fascia pectinea herabgezogen.

Zur Verhütung des Ausreißens der Nähte empfahl Roux die Annagelung des Poupart'schen Bandes an das Schambein. Herzen

bohrt einige Löcher durch dieses und zieht mittels durch diese durchgeführter Fäden das Poupart'sche Band zum Knochen herunter; endlich führt Cavazzani seine Nähte unter dem horizontalen Schambeinaste hindurch.

Eine andere Reihe der Methoden füllt den Canalis cruralis mit einer pelottenartigen Masse aus. Lauenstein benutzt hierzu den zusammengerollten Bruchsack, andere implantierten Catgut, dekalzinierten Knochen, Glaswolle usw. Kraske nahm einen einfachen, v. Mikulicz einen doppelten Periostlappen vom Schambein, Salzer einen Lappen von der Fascia pectinea, Trendelenburg einen Periost-Knochenlappen zum Verschluß des Schenkelkanales. Doch scheint

Fig. 2.



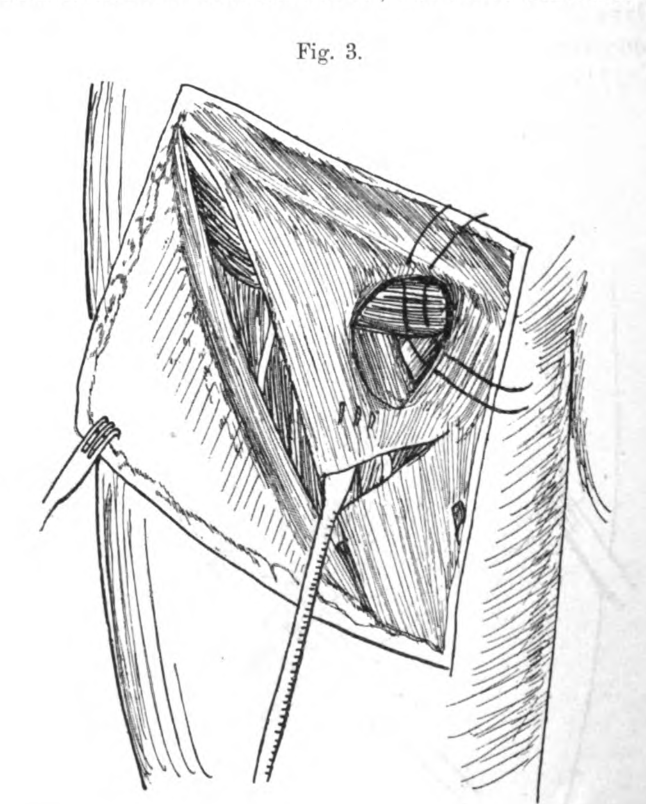
dieses plastische Material entweder zu schwach und nachgiebig zur Verschließung eines großen Defektes (Periost, Fascie), andererseits prädisponieren Knochenlappen und implantierte Fremdkörper zu demarkierender Entzündung und Eiterungen, welche das Operationsresultat bedeutend gefährden.

Dieser Vorwurf haftet dem myoplastischen Verfahren, welches bisher Schwarz, Prokupin, Watson Cheyne, de Garay empfahlen, nicht an. Schwarz und Prokupin nahmen einen Lappen aus

dem Musculus pectineus, Watson Cheyne aus dem Adductor longus, während de Garay (Semaine médicale 1896) aus dem halben Sartorius einen Lappen bildete und diesen durch die Fossa ovalis in den Schenkelkanal verlagerte.

Mein Verfahren ist ebenfalls ein myoplastisches; **als Pelotte dient zur Ausfüllung des Schenkelkanales der Musculus sartorius in seiner ganzen Dicke.** Da die Funktion dieses Muskels ziemlich unbedeutend ist, der halbe Sartorius aber, wie

Fig. 3.



ihn de Garay verwendet, zur vollkommenen Ausfüllung des Schenkelkanales gänzlich ungeeignet ist, führe ich den in der Mitte ganz durchtrennten Sartorius unterhalb der Fascia lata in den Schenkelkanal, wodurch dieser auch gegen die Vene fest verschlossen wird, was bei anderen Verfahren, da die Vene durch die Nähte geschont werden muß, nicht in gleichem Grad erreicht werden kann. Endlich verstärke ich die Naht durch das Zurückschlagen eines aus der Fascia lata gebildete Lappens.

Mein Verfahren ist folgendes:

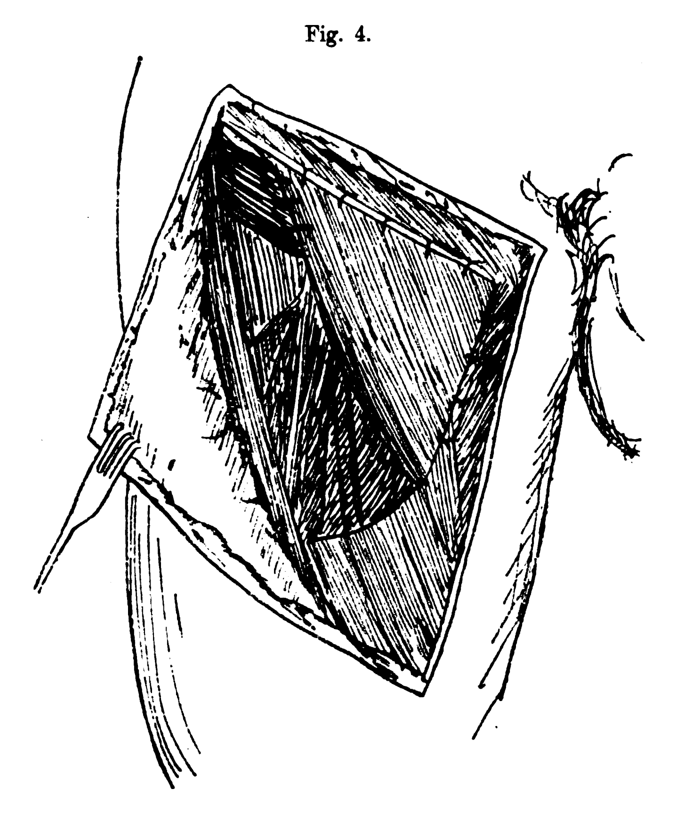
1) T- oder Γ-förmiger Hautschnitt; Zurückpräparierung der Hautlappen.

2) Abbindung und Durchschneidung der Vena saphena; womöglich hohe Abbindung und Versenkung des Bruchsackes.

3) Schlitzung der Sartoriusscheide von der Spina ant. sup. bis zur Mitte des Oberschenkels (Fig. 1) Durchschneidung des Muskels (Fig. 2).

4) Mit einer stumpfen Kornzange wird die Sartoriusscheide von der Fossa ovalis aus durchgestoßen und nach genügender Erweiterung der Öffnung der proximale Muskelstumpf über die großen Gefäße in den Canalis cruralis gezogen und womöglich tief in den Kanal eingelagert, daselbst mittels Catgutnähte an die Fascia pectinea, Ligg. Cowperi, Gimbernati, Pouparti fixiert.

Fig. 4.



5) Mit 2—3 dicken Catgutfäden durchstechen wir das Lig. Pouparti, den implantierten Sartorius und die Fascia pectinea; durch Knüpfung dieser Fäden wird der Muskel in die Tiefe des Schenkelkanales versenkt (Fig. 3).

6) In einen nach oben offenen, etwas stumpfen Winkel wird an den ersten Einschnitt (der die Sartoriusscheide öffnet) ein zweiter in die Fascia lata geführt (cf. Fig. 1), der so gebildete Lappen wird zurückgeschlagen (cf. Fig. 2) und an das Poupart'sche Band, an die Fascia

pectinea und mit einigen Nähten auch an den unter ihm eintretenden Sartorius fixiert (Fig. 4).

7) Hautnaht.

Diese Operation konnte ich bisher am Lebenden insgesamt nur zweimal ausführen.

Eine 34jährige Kranke, die einen über faustgroßen freien Bruch hatte mit einem für zwei Finger durchgängigen Schenkelring, heilte vollkommen glatt. Die andere Operation führte ich an einer 53jährigen, ziemlich herabgekommenen arthritischen Pat. aus, die einen kindskopfgroßen, zum Teil irreponiblen, einen faustgroßen adhärenten Netzklumpen enthaltenden, rezidivierenden und sehr schmerzhaften Bruch hatte. Diese Kranke befand sich 17 Tage lang nach der Operation vollkommen wohl, war ganz fieberfrei, ihre Wunde heilte per primam. Am 17. Tage bildete sich unter leichter Erhöhung der Temperatur (bis 38° C) ein kleiner Abszeß im unteren Wundwinkel, der sogleich eröffnet wurde. 8 Tage nachher, (25 Tage nach der Bruchoperation) entstand an der Inzisionsöffnung ein Erysipel, welches sich rasch am Rücken, am linken Oberschenkel und über der linken oberen Extremität verbreitete und die Pat. in 4 Tagen (29 Tage nach der Bruchoperation) wegraffte.

Die in der Prosektur des Hofrat v. Genersich durch den Assistenten Dr. Entz vorgenommene Sektion wies nach, daß im Operationsgebiet alle Schichten fest vereinigt waren; die in den Bruchkanal eingelagerten Muskel- und Fascienschichten sind mit den Wänden derselben fest verklebt; zwischen ihnen ist keine Spur von Eiterung. Das Peritoneum läßt sich gegen den Kruralkanal gar nicht hervorstülpen — mit einem Wort, der Kruralkanal wurde durch die Operation in idealer Weise verschlossen.

So kamen wir durch diese fatale Komplikation in den Besitz eines anatomischen Präparates, welches die Zweckmäßigkeit dieser Operationsmethode zum Verschluß weiter Schenkelkanäle beweist und außer Frage stellt. Es ist nicht vorauszusetzen, daß jene starken Verwachsungen, die wir in diesem Falle zwischen Muskel, Fascie und den Wänden des Schenkelkanales sahen, überhaupt nachgeben, ebensowenig eine spätere Atrophie des Muskels, da der ihm zugehörige Nerv (aus dem Cruralis) und Arterie (aus der Circumflexa femoris ext.) in dem oberen Viertel des Sartorius eintritt und somit den zur Plastik verwendeten Muskellappen reichlich versorgt. Jedenfalls ist aber dieses Verfahren nur bei großen Brüchen und weiten Schenkelringen verwendbar; kleine Kruralbrüche werden durch viel einfachere Operationsmethoden ebenfalls geheilt, da ihre Neigung zu Rezidiven, wie allgemein bekannt, sehr gering ist.

---

1) **H. Wolff.** Zur Chemie der Krebsgeschwülste.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 13.)

Das Verhältnis der Albumine und Globuline im Preßsaft normaler Organe unterliegt keinen großen Schwankungen; dagegen überwiegen die Albumine im Preßsaft von Geschwülsten wie in den karzinomatösen Ascitesflüssigkeiten. Von letzteren untersuchte W. 26; bei 3 davon fand er einen eigentümlichen Eiweißkörper, den er geneigt ist, mit dem Krebs in einen gewissen Zusammenhang zu bringen.

G. Schmidt (Berlin).



2) **F. Blumenthal.** Über die Ursachen der Malignität der Krebsgeschwülste.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 15.)

Die neueren Untersuchungen ergeben, daß das Krebsgewebe gegen normales Gewebe chemisch verändert ist, und daß es ein Ferment enthält, das dem übrigen Körper mangelt. Es kann sich also beim Krebs nicht um einfache Wucherung von Epithelzellen handeln, sondern die Epithelzelle muß sich chemisch umwandeln, wenn sie zur Krebszelle werden will. Die durch die Fermente gebildeten Zerfallstoffe bewirken, wenn sie aus einem zerfallenden Krebs in den Blut- und Säftekreislauf geraten, Krebskachexie. **G. Schmidt** (Berlin).

---

3) **Heile.** Über intravitale Beeinflussung autolytischer Vorgänge im Körper.

(Zeitschrift für klin. Medizin Bd. LV.)

Endozelluläre Fermente können im lebenden Organismus insofern von großer Bedeutung sein, als sie in gewissen Fällen die Heilung krankhafter Prozesse unterstützen (so der Pneumonie nach Friedrich Müller). In ähnlichem Sinn ist nach Verf. die Wirkung der von v. Mikulicz im Jahre 1880 zuerst empfohlenen Jodoforminjektionen in tuberkulöse Abszesse zu deuten. H. führt die schlechte Resorbierbarkeit kalter Abszesse nicht wie Friedrich Müller darauf zurück, daß die Eiweißkörper des tuberkulösen Eiters unlöslich seien, sondern glaubt vielmehr, daß es sich dabei weniger um eine Resistenz der Eiweißstoffe, als um einen Mangel an Enzymen handelt. Verf. hat durch Versuche nachgewiesen, daß der mit Jodoform vorbehandelte tuberkulöse Eiter eine Steigerung seiner eiweißverdauenden Kraft erfahren hat, und zwar durch die ihm von Leukocyten zugeführten Fermente. Den Ursprung letzterer von Leukocyten kann man sowohl mikroskopisch als chemisch nachweisen. Die Untersuchungen des Verf. sprechen für die »chemotaktische Wirkung des Jodoforms«. Auf Grund der Untersuchungen von Heineke, Perthes, Petry und eigener Versuche neigt H. zu der Ansicht hin, daß »man auch durch Röntgenbestrahlung eine Steigerung der autolytischen Vorgänge im lebenden Tiere erzielen kann, und zwar in der Weise, daß nicht nur die Zellen der betreffenden Gewebe selbst zugrunde gehen, sondern daß auch durch Einwanderung später zerfallender Leukocyten eine Anreicherung an Enzymen erfolgt«. **Gaugele** (Zwickau i. S.).

---

4) **Loison.** Les rayons de Roentgen, appareils de production, modes d'utilisation, applications chirurgicales.

Paris, **Oct. Doin,** 1905.

Das vorliegende Buch trägt im Vergleiche zu anderen ein verhältnismäßig stark persönliches Gepräge. Sein Gesamtaufbau hält sich allerdings an die gewöhnliche Weise: 1) Allgemeine Elektrizitäts-

lehre; 2) Lehre von den zum Röntgenverfahren nötigen Apparaten, Vorrichtungen und Nebenapparaten und 3) Verwendung des Röntgenverfahrens speziell für chirurgische Zwecke. Besonders in dem dritten Teile, der ja auch dem Röntgologen am meisten Spielraum läßt, kommt die Eigenart am meisten zutage schon in der äußeren Form dadurch, daß nie Klischees nach Röntgenplatten, welche nach Ansicht des Verf. stets zu undeutlich ausfallen, sondern stets Umrißzeichnungen nach Pausen beigebracht werden. Andererseits berichtet Verf. nur über eigene Beobachtungen, und zwar häufig in Form ausführlicher Krankengeschichten. Dabei wird theoretischen Erwägungen keinerlei Raum gegönnt, sondern nur über Tatsachen und Beobachtungen berichtet. Das Material, an welchem die Beobachtungen angestellt sind, ist bei aller Reichhaltigkeit doch etwas einseitig, da es sich in der Hauptsache um Soldaten handelt — L. ist Oberstabsarzt und Leiter der Röntgenabteilung des Lazarettes in Val-de-Grâce —; aber in der Genauigkeit der Bearbeitung und Mitteilung selbst geringerer Verletzungen, die sonst selten mitgeteilt werden, liegt ein Vorzug der Arbeit.

Die erste Abteilung des Buches, die allgemeine Elektrizitätslehre, ist verhältnismäßig umfangreich, umfaßt 121 Seiten (662 Gesamtseitenzahl). Wie bei einem Werke französischer Herkunft natürlich, ist neben anderen Stromerzeugern auch die Influenzmaschine genauer abgehandelt. Die Elementaranschauungen von Spannung und Stromstärke werden durch hydrodynamische Beispiele gut erläutert und dem Verständnis näher gebracht. Das Kapitel über Akkumulatoren enthält die genaue Beschreibung der Vorgänge beim Laden und Entladen und ist dadurch wertvoll. Sonst sind die üblichen Beschreibungen ähnlich wie in anderen Lehrbüchern vorhanden. Die Stellung der Röntgenstrahlen zu den verschiedenen Lichtarten wird auf Grund der bis heute bekannten Untersuchungen erläutert. Die verschiedenen Arten der Röntgenröhren sind verhältnismäßig kurz besprochen.

Der technische Teil für die Anwendung der Strahlen enthält die allgemein üblichen Lehren über Zusammenstellung der Apparate, Nebenapparate, Photographie, Lagerung usw. Der Stereoskopie und dem Meßverfahren sind besondere Kapitel gewidmet, ebenso der Aufsuchung von Fremdkörpern, während die Radiotherapie nur ein sehr kurzes Kapitel erhält.

Es folgt nun der chirurgische Teil des Buches, welcher bei weitem den größten Umfang einnimmt, wie er überhaupt die Entstehungsursache des ganzen Werkes ist, dem die beiden ersten Kapitel nur als Anhängsel beigegeben sind. Nicht allein die Skiagraphie der Fälle ist behandelt, sondern auch Entstehungsursache und Behandlung. Im ganzen findet sich unter den sehr zahlreichen Abbildungen keine, die ein besonderes großes Interesse haben könnte. Über die Aufnahmetechnik ist bei den einzelnen Fällen nichts gesagt. Als Sammlung von Bildern häufiger vorkommender Verletzungen — um solche handelt es sich fast ausschließlich —, ist dieser Teil des Buches recht brauchbar, namentlich auch für den Militärarzt, aus dessen eigenstem Gebiete ja

die Aufnahmen stammen. Auf die Einzelheiten der Aufnahmen und Krankengeschichten einzugehen ist hier nicht der Ort. Erwähnt sei nur, daß z. B. die Verletzungen von Fingern und Zehen, die man sonst meist wenig berücksichtigt findet, ziemlich ausführlich behandelt sind. Ebenso sind bei jeder Extremität Amputationsstümpfe und die Resultate von Resektionen mit aufgeführt. Störend wirkt bei einzelnen Bildern das Herausreißen des verletzten Teiles aus dem Zusammenhange, so z. B. bei den Brüchen der Mittelfuß- und Schädelknochen und bei den Schußverletzungen des Schädels. Überhaupt kann man sich nach den einfachen Umrißzeichnungen, die nur in starker Verkleinerung aufgenommen werden konnten, keine gute Vorstellung von den Bildern machen; bei den maßgebenden Negativen spielen doch Helligkeitsunterschiede u. dgl. eine große Rolle, welche durch die Umrißzeichnung nicht wiederzugeben sind.

Das Buch ist ein im technischen Teile verhältnismäßig gutes, in dem chirurgischen Teil, einerseits des beschränkten Materiales wegen, andererseits wegen der Technik der Darstellung, die nicht den vollen Eindruck des Röntgenbildes wiedergibt, weniger vollkommen. Wer sich schon mit dem Röntgenverfahren beschäftigt hat, wird aus dem Buche mancherlei Nützliches und Interessantes entnehmen.

Trapp (Bückeburg).

---

5) **C. Blauel.** Experimentelle Untersuchungen über Radiumwirkungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 141.)

Die aus der v. Bruns'schen Klinik hervorgegangene Arbeit zerfällt in zwei Teile, deren erster sich mit der Radiumwirkung auf normales tierisches Gewebe beschäftigt, während der zweite über Versuche an Karzinom- und Sarkomgewebe beim Menschen berichtet. Von tierischem Gewebe diente als sehr geeignetes Versuchsobjekt die Niere des Kaninchens. An dieser bewirkte die Bestrahlung mit Radium zunächst vollständigen Untergang der Nierenepithelien im Bestrahlungsbereiche, weiterhin auch Schädigungen des Stützgewebes und der Kapillaren. Primäre Gefäßschädigungen wurden niemals beobachtet. Die an der Kaninchenniere nachweisbaren sekundären Gefäßschädigungen wurden an menschlichen Karzinomen und Sarkomen vermißt. Hier beschränkte sich die Radiumwirkung auf den Untergang der spezifischen Geschwulstzellen. Die Tiefenwirkung des Radiums war in jedem Falle eine sehr geringe und betrug im günstigsten Falle 1 cm. Dabei sei bemerkt, daß stets für eine innige Berührung der Radiumkapsel mit dem Parenchym der Niere und der Geschwülste gesorgt wurde. Bei der Niere genügte einfaches Auflegen der Radiumkapsel, bei den menschlichen Geschwülsten wurde eine lanzettförmige Kapsel aus Glas in einen Einstich eingeführt.

Radiumstrahlen schädigen alle Gewebe, um so mehr, je weniger widerstandsfähig ihre Zellen sind. Hoch differenzierte Zellen, besonders

Epithelien, sind unter den normalen Strukturen besonders empfindlich; im Geschwulstgewebe erliegen die hinfälligen Geschwulstzellen zuerst.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

6) **G. Tacchetti.** Cura chirurgica delle lussazioni inveterate.

Venedig, 1904. 175 S. u. 72 Fig.

Das Buch beschäftigt sich, wie der Titel sagt, vor allem mit der Beschreibung und der Behandlung der veralteten Verrenkungen. Als veraltet bezeichnet T. erst solche, welche schon seit Monaten oder Jahren bestehen, und bei denen die Gelenkenden und Weichteile bereits schwerere Veränderungen eingegangen sind. — Einem jeden Kapitel sind kurze anatomische und physiologische Hinweise vorangestellt; dann folgt die Beschreibung der einzelnen Formen der Verrenkungen. Stets sollen Versuche unblutiger Reposition der operativen Therapie vorangehen. Die letztere wird eingehend besprochen; sie soll wiederum so schonend wie möglich, und eine Resektion der Gelenkenden soll so ökonomisch wie möglich sein. — Die Darstellung ist klar und im allgemeinen erschöpfend zu nennen; die Figuren sind ziemlich gut, jedenfalls übersichtlich. Das Buch, welches einen nicht unwichtigen, bislang monographisch wohl selten behandelten Teil der Chirurgie bespricht, darf sonach empfohlen werden.

A. Most (Breslau).

---

7) **Lesser.** Zur Finsenbehandlung des Lupus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 4.)

Verf. läßt in dem Artikel kurz die bisherigen Lupusbehandlungen Revue passieren und kommt zu dem Schlusse, daß durch keine andere Methode selbst bei schweren Fällen von Lupus die Konfiguration des Gesichts so gut wieder hergestellt wird, wie bei Finsenbehandlung, weil die Strahlen nicht ohne Unterschied zerstörend wirken, sondern nur die Zellen zerstören, welche wir zerstört haben wollen. Die Lichtbehandlung wird aber nicht als Allheilmittel betrachtet, auch die Finsenbehandlung hat ihre Grenzen; ein Teil der sehr ausgebreiteten Fälle ist auch für die Lichtbehandlung als unheilbar zu betrachten. Für gewisse Fälle werden die besten Resultate durch die Kombination der Lichtbehandlung mit anderen Methoden, mit der Anwendung der Ätzmittel oder der Heißluftbehandlung erzielt werden; auch die Behandlung mit Röntgenstrahlen wird als Unterstützungsmittel in einzelnen Fällen verwertet werden können.

Langemak (Erfurt).

---

8) **Rawling.** On congenital and traumatic cysts of the brain and meninges.

(St. Bartholomew's hospital reports 1905. Vol. XL.)

R. schildert unter Anführung einer Reihe von eigenen Beobachtungen das Krankheitsbild der angeborenen und traumatischen Cysten des Hirns und seiner Häute.

Bei einem 3monatigen Kinde mit orangengroßer, gestielter, occipitaler Cephalokele zwischen Protuberantia occipitalis externa und Nackenbasis wurde die Entfernung versucht; nach Einschnitt in die äußeren Schichten entleerte sich Zerebrospinalflüssigkeit; eine zweite Geschwulst saß in der Basis der ersten; auch aus ihr wurde Flüssigkeit entleert, beide Säcke entfernt, die Wunde vernäht. Tod nach 2 Tagen. Der Obduktionsbefund illustrierte, 1) daß bei großen Cephalokelen fast stets Hirnsubstanz vorhanden ist, 2) daß die Hinterhauptscephalokelen mit Sitz unterhalb der Protuberantia occipitalis externa fast immer durch einen medianen Spalt im Knochen nach außen treten, welcher sich bis in das Foramen magnum erstreckt. Die traumatischen Meningealcysten enthalten nach R.'s Erfahrungen meist klare Flüssigkeit und sitzen gewöhnlich zwischen Dura mater und Knochen, oder zwischen Dura und Arachnoidea. Ausgedehnte intrakranielle Cysten können vorhanden sein ohne irgendwelche Hirnerscheinungen; R. sah bei der Sektion eines Falles zwei große Arachnoidealcysten mit ausgeprägter Eindrückung des rechten und linken Schläfenlappens, welche während des Lebens keinerlei Störungen verursacht hatten. R. führt 35 Literaturfälle von traumatischer Meningokele oder Meningoencephalokele in Tabellen an und sah selbst folgende zwei Fälle:

1) 11monatiges Kind, Schädelfraktur. Nach Erweichung des Hämatoms wurde ein 3/4 cm breiter Spalt im hinteren Teile des Schläfenbeines festgestellt, durch welchen eine pulsierende, fluktuierende, bei Schreien des Kindes zunehmende Schwellung hervortrat; 1monatige Behandlung mit andauerndem Druck blieb erfolglos, die Ränder des Spaltes verdickten sich, irgendwelche Hirnstörungen fehlten.

2) Kind mit Schädelfraktur im Bereiche des Stirn- und Schläfenbeines; während der Aufsaugung des Blutergusses erschien eine pulsierende Schwellung an dem Spalte der Bruchstelle, welche auf Druck in einigen Wochen schwand; gleichzeitig schloß sich der Knochenspalt vollständig.

Aus der bisherigen Literatur über traumatische Hirn- und Hirnhautcysten geht hervor, daß es sich fast stets um Kinder in den drei ersten Lebensjahren handelt; eine Vermehrung des Hirndruckes fehlt gewöhnlich. Am häufigsten ist der Sitz in der Schläfenbeingegend (rechts). In 2/3 der Fälle erschien die Vorwölbung in den ersten beiden Wochen nach dem unkomplizierten Schädelbruch; es handelte sich stets um junge Kinder. 23 von 47 Fällen kamen durch; bei den anderen war die Todesursache häufig Meningitis und Abszeß, nicht selten im Anschluß an eine Aspiration. Die örtlichen Verhältnisse kontraindizieren meist die offene Operation, zumal eine Osteoplastik. Daher kommt gewöhnlich nur die streng aseptisch auszuführende Punktion und der Druck elastischer Bandagen in Betracht; doch ist der Erfolg recht unsicher; es kann sogar im Laufe von Monaten und Jahren der Spalt und die Geschwulst zunehmen. Die Behandlung: eine oder mehrfache Punktion und Kompression, muß daher sehr lange fortgesetzt werden.

Mohr (Bielefeld).

9) M. H. Cryer. Uses of the Roentgen rays in the studies of normal and pathological anatomy of the internal structures of the face.

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. Februar.)

Verf. hat an einer Reihe von Röntgenbildern die Lage des Capitulum mandibulae zur Fossa mandibularis und zum Tuberculum articulare bei verschiedener Mundstellung studiert.

Bei geschlossenem Munde steht das Capitulum mandibulae im vorderen Teile der Fossa mandibularis. Wird der Mund etwas geöffnet, so senkt sich das Unterkieferköpfchen und rückt gegen das Tuberculum articulare. Bei weit geöffnetem Munde bleibt es direkt unter dem Gelenkhöcker stehen. Zuweilen rückt es auch etwas vor denselben. In allen untersuchten Fällen rückte schon bei geringer Öffnung des Mundes der Angulus mandibulae abwärts und rückwärts. Bei dieser Bewegung wird der Unterkieferwinkel von dem Lig. temporomandibulare, sphenomandibulare und stylomandibulare, sowie vom M. pterygoideus externus und dem äußeren Teile des M. masseter fixiert.

Bei weiter Öffnung des Mundes, die durch den M. pterygoideus externus bewirkt wird, dreht sich der Unterkiefer um eine horizontale, durch die Kieferwinkel gehende Achse.

Verf. weist auf die Formveränderungen hin, die sich am noch wachsenden Unterkiefer ausbilden, wenn eine Kiefergelenksankylose eintritt. Er schildert diese Veränderungen an einem jungen Manne, bei dem diese Ankylose seit 15 Jahren besteht. Der Proc. mentalis ist nach unten und hinten gezogen. Infolge des Verlustes des Proc. condyloideus, der operativ entfernt worden ist, wird unter dem Einfluß des M. pterygoideus externus auch der ganze Unterkiefer mit dem Zungenbeine, der Zunge und den übrigen Weichteilen nach hinten gezogen. Einen Widerstand bieten diesem Zuge der M. pterygoideus internus und die äußere Schicht des M. masseter.

Schließlich erwähnt Verf. noch zwei Beobachtungen, bei denen das die Stirnhöhlen scheidende Septum nur teilweise vorhanden war.

Läwen (Leipzig).

---

10) Müller. Die Frühdiagnose bei orthopädischen Erkrankungen und ihre Bedeutung für die Prognose.

(Therapie der Gegenwart 1905. Nr. 2.)

Verf. bespricht die Initialsymptome der Skoliose, der tuberkulösen Spondylitis, der spinalen Kinderlähmung, der angeborenen Hüftverrenkung, der Koxitis, der Coxa vara, des Genu valgum und varum und des Pes varus und valgus und kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Satze, daß ein frühzeitiges Erkennen und Behandeln der genannten Krankheiten die Prognose derselben wesentlich verbessert. Die gegebene Darstellung des Symptomkomplexes und der Therapie enthält in kurzen, klaren Worten ein Übersichtsbild und eine Richt-

schnur für die Maßregeln, die bei den wichtigsten und am häufigsten vorkommenden orthopädischen Erkrankungen zu ergreifen sind. Die Lektüre des Aufsatzes ist dringend zu empfehlen.

Silberberg (Breslau).

11) **Anzoletti.** Piccoli oppunti sulle condizioni statiche dell' arto inferiore.

(Arch. di ortopedia 1904. Nr. 6.)

Bemerkungen über die Bedingungen, durch welche beim Stehen auf einem Beine resp. der Belastung eines Beines beim Gehen der Körper im Gleichgewichte gehalten wird, insbesondere die Beteiligung der Fascia lata daran.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

12) **H. Oppenheim.** Über Mißbrauch der Sehnentransplantation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 7.)

O. hatte Gelegenheit, 3 Fälle zu untersuchen, in denen eine fortschreitende und selbst deletäre Erkrankung des zentralen Nervensystems, offenbar infolge ihrer Verkennung, Anlaß zu einem chirurgischen Eingriff gegeben hatte (progressive Muskelatrophie, Poliomyelitis anterior chronica, Kompression des Lumbalmarkes). Er warnt eindringlich vor einem Mißbrauch der Sehnentransplantationen und fordert mit Recht, daß der Chirurg und der Orthopäde, der eine solche Operation vornehmen will, sich zuvor davon überzeugen muß, daß er ein abgelaufenes, nicht fortschreitendes Leiden vor sich hat.

Langemak (Erfurt).

13) **De Beurmann** et **Tanon.** Note sur le traitement des ulcères variqueux par le peroxyde de zinc.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 6.)

Verff. empfehlen bei infizierten, eiternden und atonischen Unterschenkelgeschwüren nach vorhergehender Reinigung mit Wasserstoffsuperoxyd die Anwendung einer 20%igen Salbe mit Zinksuperoxyd; bei diesem wird ebenso wie beim Wasserstoffsuperoxyd Sauerstoff bei Berührung mit organischem Gewebe frei, die Infektion schwindet sehr rasch, Granulationsbildung und Vernarbung gehen schneller vor sich als bei anderen tonisierenden Mitteln.

Mohr (Bielefeld).

14) **Pels-Leusden.** Über Verrenkungen und Verrenkungsbrüche im Talocruralgelenk.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904. Nr. 5 u. 6.)

An der Hand einschlägiger, durch Röntgenbilder illustrierter Fälle entwirft Verf. das anatomische Bild dieser in der schweren Form immerhin recht seltenen Verletzung, für welche er den Namen Verrenkungsbruch eingeführt wissen will, weil es sich nicht um reine Verrenkungen handelt, sondern ein Knochenbruch der Verrenkung erst

den Weg bahnen muß. Es sollen diese Verletzungen den Frakturen zugerechnet werden.

Bei den nach hinten erfolgenden Verrenkungen im Talocruralgelenke kommt die Verschiebung durch eine forcierte Plantarflexion zustande. Es stemmt sich dabei der Talus gegen die hintere Tibiakante, die Kapsel- und Gelenkbänder an der vorderen Seite haben sich stark angespannt und können reißen. Vorher scheint es fast immer zu einem Abbruche der hinteren Gelenkumrandung zu kommen. Dann wird der Fuß durch die einwirkende Gewalt und den Zug der Achillessehne nach hinten verschoben. Das Tibiastück wird gewissermaßen abgestemmt. Weniger wichtig für das Zustandekommen der Verschiebung scheint der Bruch des äußeren Knöchels zu sein.

Vor einer Fehldiagnose, die nach P.-L. nicht selten sein soll, schützt man sich am besten durch Untersuchung des Fußes von allen Seiten; dann übersieht man nicht das starke Vorspringen der Ferse nach hinten, den weiten Bogen, den die Achillessehne beschreibt, eine sehr charakteristische Furche vorn, da wo die gespannten Weichteile sich um das vorstehende Tibiagelenkende herumlegen, die Verkürzung des Vorfußes; bei den Verschiebungen nach vorn das Fehlen der Ferse und die Verlängerung des Vorfußes. Eine Röntgenuntersuchung ist namentlich, wenn starke Schwellung die Diagnose erschwert, sehr wünschenswert.

Es gibt hartnäckige Fälle, bei denen sich nach dem Nachlassen von Zug und Druck sofort die Verrenkungsstellung wieder einfindet und solche, bei denen das Redressement auf unblutigem Wege überhaupt unmöglich ist. Die Neigung zur Reluxation ist selbst im sehr exakt angelegten Gipsverband eine große, da beim Zurückgehen der stets sehr starken Weichteilschwellung der Verband bald zu weit wird. Extensionsverbände nach Bardenheuer liefern ideale Resultate, sind aber nur in großen Krankenhäusern durchführbar. Immer ist die Kontrolle des Standes der gebrochenen Knochen mit dem Röntgenapparat anzuraten. Das Redressement der Verrenkungsbrüche nach hinten hat durch starke Plantarflexion, Zug am Fuß in der Richtung nach den Zehen und Druck auf die Tibia vorn, schließlich durch eine Dorsalflexion zu geschehen. Gelingt es nicht, so kann nur ein operativer Eingriff den Fuß in eine zum Gehen geeignete Stellung bringen und einen Teil der Fußgelenkfunktionen retten.

Langemak (Erfurt).

---

15) **G. Muskat.** Über den Plattfuß.

(Berliner Klinik 1905. Hft. 200.)

Unter Zugrundelegung der Einteilung: »Plattfußstellung, beginnender Plattfuß, kontrakter Plattfuß, fixierter Plattfuß« erörtert Verf. die einschlägigen Verhältnisse hauptsächlich von praktischen Gesichtspunkten aus. Besonders ausführlich sind die Hilfsmittel zur Diagnose dieses noch oft verkannten, unter der Bezeichnung Rheumatismus, Arthritis, Neurasthenie usw. versteckten Leidens behandelt, nämlich

Beachtung des Ganges, des Aussehens des Fußes, der Stellung der Unterschenkel- zur Fußachse, des Schuhwerkes, der Allgemeinerscheinungen, der Formveränderungen an Unter- und Oberschenkel und der Gelenke, Messung der Fußwölbung und des inneren Fußrandes.

Die Entstehung des Leidens wird nur kurz gestreift; es ist meist auf statische Verhältnisse, Mißverhältnis zwischen Körperlast und Tragkraft des Fußgewölbes, zurückzuführen. Die Heilungsaussicht ist um so günstiger, je frühzeitiger das Leiden erkannt und in Behandlung genommen wird. In diesem Sinne wird auch vorbeugenden Maßnahmen sehr das Wort geredet. An Stelle des heutzutage schon in der Kindheit, beim Turnen, während der Militärzeit erstrebten Auswärtstretens wird eine Geradeausrichtung oder eine leichte Richtung des Fußes nach innen gefordert. Insbesondere sollen die Soldaten zu einer sachgemäßen Fußpflege erzogen werden. In der Frage der Behandlung sind die physikalischen und medicomechanischen, die operativen blutigen und unblutigen Maßnahmen ausführlich dargelegt.

Georg Schmidt (Berlin).

---

16) **Bossi.** Pieda piatto.

(Arch. di ortopedia 1904. Nr. 3 u. 4.)

Sehr ausführliche und erschöpfende Arbeit, die vornehmlich auf genauen anatomischen Messungen basiert. B. unterscheidet

1) den angeborenen Plattfuß. Er entsteht durch mechanischen Druck, entweder direkt von seiten der Uteruswand oder infolge falscher Lagerung der Füße. Eine Abart bildet die Kombination mit echter Verrenkung des Fußes. B. teilt zwei Fälle mit, welche der Volkmann'schen Sprunggelenkdeformität sehr ähnlich sehen, aber von ihr durch eine Verlagerung der unteren Enden der Fibula nach hinten sich unterscheiden. Beide Fälle wurden operiert; im einen wurde eine Resektion des Fußgelenkes, im anderen eine blutige Reposition mit Fixation der Fibula in richtiger Stelle durch Knochennaht ausgeführt.

2) Den erworbenen Plattfuß, welcher a. traumatisch, b. Folge von pathologischen Veränderungen der Knochen oder Weichteile, c. statisch ist. Zuerst wird letztere besprochen. Eine gewisse Disposition besteht vielleicht in einer abnormen Richtung des Schenkelhalses. Genaue Messungen des Winkels, welchen seine Achse mit der Ebene bildet, dem die Hinterfläche der Kondylen entspricht (Torsion des Femur), ergab Schwankungen zwischen 6 und 44°. Alter und Profession sind die hauptsächlichsten Bedingungen, d. h. allzustarke Belastung in Jahren, in welchen der Fuß noch nicht völlig entwickelt ist. Um die Art und Weise, wie sich die Difformität nun bildet, zu bestimmen, hält B., nachdem er ausführlich alle Theorien wiedergegeben, genaue experimentelle Untersuchungen über die Lage der Achsen der Fußgelenke und ihre Bewegungen bei Belastung für notwendig. Nur die wenigsten Autoren hätten dies beachtet; so sei die Lorenz'sche Theorie durchaus induktiv und abgeleitet von den pathologisch-anatomischen Veränderungen. B.

selbst belastete den auf eine horizontale Unterlage gestellten Fuß einer Leiche. Durch jeden Knochen waren 1—3 eiserne Nägel getrieben, welche die Verschiebung der Knochenachsen zu beobachten gestatten. Die Messung geschah durch Visieren durch eine Glasscheibe hindurch mit eingeritztem Quadratnetze. Die genauen Tabellen sind mitgeteilt, Abbildungen der Knochen mit den Nägeln, Zahlen für Abweichungen derselben, 30 Tafeln, auf welchen einmal Abweichungen der Achsen projiziert sind, andererseits die Verchiebungen der Knochenmaße wiedergegeben werden. B. schließt aus seinen Untersuchungen, indem er die Ansicht Ajevoli's von dem Bogen aus Gliedern mit Scharnierverbindung erweitert, daß der Fuß aus fünf derartigen Bögen besteht, die gegen eins ihrer Enden konvergieren; das letztere hat den gemeinsamen Stützpunkt im Calcaneus. Jeder Bogen hat Glieder, die ihm gehören, und solche, die mehreren gemeinsam sind. Zwei Bögen bestehen aus den fünf resp. vier Metatarsen und dem Calcaneus und Cuboid als gemeinsamem Gliede; der Talus dient nur zum Tragen der Last. Drei bestehen aus den I.—III. Metatarsus und I.—III. Cuneiforme, mit Talus und Scaphoid als gemeinsamem Glied; der Talus dient als Lastträger und als Glied des Gewölbes. Der Plattfuß kann in einem solchen Systeme nur durch Abgleiten der vorderen Stützpunkte entstehen, was eine Rotation des Calcaneus um seinen Stützpunkt mit sich bringt. Außerdem tritt eine Verlängerung des Systems ein und ein Herabsinken des vorderen Calcaneusendes. Dessen Folge ist Flexion, Pronation und Reflexion des Fußes.

Es folgt ein Abschnitt über die pathologische Anatomie, einer über die Symptome.

Zu den Formen des Plattfußes aus pathologischen Veränderungen werden gerechnet der traumatische (Fraktur des Talus, Sustentaculum, Calcaneus usw.), der paralytische, spastische bei spastischer Lähmung und Kontraktur der Wade, der tabische, der rachitische, der bei Varicen.

Ausführlich ist wieder der therapeutische Abschnitt. Hier seien hervorgehoben die Mitteilung von vier Fällen einer besonderen Sehnenplastik. Der Tibialis anticus wird von seiner Insertion abgetrennt, die Sehne längs gespalten. Die innere Hälfte wird an der Seitenfläche von Taluskopf und Unterfläche vom Naviculare entlang unter Weichteil-Periostbrücken hergezogen und am I. Metatarsus befestigt. Die andere Sehnenhälfte wird verkürzt und in Dorsalflexion an die Vorderfläche der Tibia genäht. Aus der Sehne wird also ein Band hergestellt, welches den Fuß in richtige Stellung zu ziehen strebt. Die Resultate waren gute (Fuß in Varusstellung, mit guter Wölbung der Sohle).

Die Ogston'sche Operation am Talonavikulargelenke hat B. zweimal ausgeführt, ebenfalls mit gutem Resultate. Die übrigen blutigen Operationen werden nur referiert. Im ganzen sei der Plattfuß die Skoliose des Fußes.

Die blutigen Methoden haben den Nachteil, daß sie, um wirksam

zu sein, sehr umfangreich sein müßten und daher unausführbar sind. Die meisten Methoden sind irrationell. Manchmal jedoch sind Sehnenoperationen, besonders Verkürzungen und Verlängerungen aus besonderen Umständen notwendig. Rationell sind nur die Methoden, die vorderen Stützpunkte an die richtigen Stellen zu bringen, also vornehmlich Redressement und Mechanotherapie.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

Kleinere Mitteilungen.

Über Orchidopexie bei inguinalem Kryptorchismus.

Von

Dr. **de Beule** in Löwen (Belgien).

Das Verfahren Katzenstein's bei der Operation des inguinalen Kryptorchismus hat, wie ich es in der Literatur mehrmals bestätigen konnte, bei den Chirurgen guten Anklang gefunden. Bekanntlich geht Katzenstein so vor, daß er den heruntergezogenen Hoden durch einen an tiefster Stelle des Skrotum angelegten Schlitz hinausschiebt und sein unteres Ende mit dem Rande der Skrotalwunde, an einem vom Oberschenkel abpräparierten Hautlappen festnäht. Durch die Bewegungen des Oberschenkels wird der vorher stark gespannte Samenstrang allmählich gedehnt; wenn diese Dehnung genügend erscheint, wird die Verbindung zwischen Oberschenkel und Hoden am Stiele des Hautlappens durchschnitten, wobei dieser am Skrotum haften bleibt und dasselbe vergrößert. Der Methode ist vorzuwerfen, daß sie, bei ziemlich großer offener Wundfläche in einer Gegend, wo es kaum möglich ist, einen strengen Okklusivverband anzulegen, keinen sicheren aseptischen Verlauf gewährt. Ferner ist das Annähen des vom Oberschenkel abgetrennten Hautlappens ans Skrotum, mit dem Zwecke dieses zu vergrößern, nicht zu empfehlen. Das Skrotum braucht keine plastische Vergrößerung, da es so leicht ausdehnbar ist. Der ästhetische Erfolg einer Plastik beim feinen Skrotumsegment mittels der ziemlich dicken Oberschenkelhaut kann überhaupt kein glänzender sein, wie auch Ruff (s. dieses Zentralblatt 1904 Nr. 40) bestätigt. Diese beiden Nachteile habe ich folgendermaßen beseitigt. Vor ungefähr 9 Monaten operierte ich einen 7jährigen Knaben mit rechtsseitigem inguinalem Kryptorchismus; nachdem ich die zu gleicher Zeit bestehende Hernie auf typische Art beseitigt und durch leichtes, andauerndes Ziehen den Hoden ziemlich weit herunter gebracht hatte, schnitt ich das Skrotum an seiner tiefsten Stelle in einer Länge von 2 cm ein und beförderte durch diesen Schlitz den Hoden nach außen. An der inneren Seite des rechten Oberschenkels, etwa 5 cm unterhalb des Sulcus genito-cruralis, machte ich dann einen 2—3 cm langen senkrechten Hautschnitt und präparierte dessen Ränder bis auf die Aponeurose ab, befestigte mit 2 Seidennähten den Hoden in der Mitte der Wundfläche an die Oberschenkelmuskeln und vernähte die Ränder des Hodensackschlitzes mit denen des Oberschenkels. Damit bestand zwischen dem Oberschenkel und dem Skrotum eine geschlossene, rohrförmige Hautbrücke, die den fixierten Hoden ringsum umfaßte und durch welche man den straff gespannten Samenstrang leicht durchfühlen konnte. Ein dreifacher Gazestreifen wurde auf der zirkulären Hautnaht mittels Kollodium befestigt. Der kleine Pat. beobachtete 10 Tage Bettruhe; dann wurden der Verband und die Hautnähte entfernt. Da die Verbindung zwischen Skrotum und Oberschenkel schon eine recht feste war, bekam Pat. die Erlaubnis, frei herumzulaufen, wobei der Hoden bei jeder Oberschenkelbewegung herabgezogen und so der Samenstrang allmählich gedehnt wurde, ohne daß die geringsten Schmerzen oder Beschwerden eintraten. Nach 6 Wochen erschien die Dehnung des Samenstranges genügend erreicht; denn nur bei stärkerer Beugung

und Abduktion des Oberschenkels spannte er sich noch ganz leicht an. Jetzt wurde, in leichter Narkose, die Verbindung zwischen Skrotum und Oberschenkel am kruralen Ende durchschnitten, der fixierte Hoden losgelöst, ins Skrotum gelagert und die beiden Wunden am Oberschenkel und am Skrotum mittels einiger Hautnähte verschlossen, so daß sie in wenigen Tagen per primam heilten. Die Vorstellung des Pat., 5 Monate nach der Operation, zeigte einen vorzüglichen Erfolg: der Hoden lag tief unten im Skrotum und dieses war gut entwickelt; von einer Narbe am Oberschenkel und am Skrotum war kaum eine Spur zu sehen.

Ich glaube, daß diese Modifikation des Katzenstein'schen Verfahrens empfehlens- und nachahmenswert ist.

17) **Mohr.** Über Osteomyelitis im Kindesalter.
(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 7.)

M. entwirft an der Hand der Literatur das ungemein vielgestaltige Krankheitsbild der akuten Osteomyelitis im Säuglingsalter und teilt zwei eigene Beobachtungen mit. In dem ersten Falle handelte es sich um ein 4 Wochen altes Kind, bei welchem schon 14 Tage nach der Geburt Zeichen einer Entzündung im Hüftgelenke bemerkt wurden: Flexion, Innenrotation, Adduktion des linken Beines. Trochantergegend spindelförmig verdickt. Passive Bewegungen schmerzhaft. Temperatur normal. 2 Monate später ist die Hüftkontraktur geschwunden, die Trochantergegend nur noch leicht verdickt. Nach 2 Jahren normaler Befund am Hüftgelenk und am Trochanter, keine Funktionsstörung.

Im zweiten Falle wurde bei einem 4 Monate alten Kind ein subperiostaler Abszeß am Trochanter eröffnet und das Hüftgelenk vereitert gefunden, Epiphyse gelöst oder gelockert. Heilung ohne Eingriff am Knochen und ohne Fistel. Etwa 2 Jahre nach der Operation Verkürzung von 2 cm; Gang mit starker Beckenverschiebung, jedoch ohne subjektive Beschwerden. **Langemak** (Erfurt).

18) **Dalla Vedova.** Per la genesi dell' esostosi borsata.
(Policlinico 1905. Ser. chir. Fasc. 1 u. 2.)

D. V. teilt aus der Klinik von Durante vier Fälle von Exostosis bursata mit, deren mikroskopische Untersuchung Licht auf ihre Genese wirft. In drei der Fälle fand sich eine wohlausgebildete Höhle mit einer glatten Membran ausgekleidet; in einem verlief ein brückenartiger Strang durch die Höhle hindurch; im vierten bestand keine wahre Höhle, sondern es gingen bindegewebige Septen in Furchen des höckrigen Knorpelüberzuges hinein. Die mikroskopische Untersuchung ergab den kontinuierlichen Zusammenhang der Sackwand mit einem bindegewebigen Überzug, welcher die Oberfläche des Knorpels bedeckte; letztere ragt also nie nackt wie der Gelenkknorpel in die Höhle hinein. Der erwähnte Strang des einen Falles enthielt Muskelfasern, welche in Degeneration begriffen waren. Nach allem können die Bursae dieser Exostosen nicht einer wahren Gelenkhöhle entsprechen; vielmehr entstehen sie offenbar durch Verflüssigung des Bindegewebes, also sekundär durch den Druck der Exostose. Ihr Vorhandensein läßt sich also nicht zur Stütze der Theorie ansprechen, welche die Entstehung dieser Exostosen aus einem verlagerten oder abgesprengten Teile des Gelenkes erklären wollen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

19) Umfrage über die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen.
(Med. Klinik 1905. Nr. 6 u. 7.)

Auf eine Umfrage der Redaktion liefen folgende Auskünfte ein:

F. Penzoldt: Bei einem ganz schweren Falle von Leukämie mit Ödemen und unstillbaren Durchfällen wurde nichts erreicht. Die übrigen, zum Teil schweren Fälle zeigten andauernde Besserung, ja relative Heilung. Stete ärztliche Überwachung, rechtzeitige Wiederholung, zweckmäßige Ausführung, genügende Fortsetzung der Röntgenbehandlung ist erforderlich.

F. Kraus: Lang fortgesetzte Bestrahlung der Milz und Knochen hatte bei einem Falle myeloider Leukämie gar keinen Erfolg.



A. Fraenkel: Bei einem Falle medullärer Leukämie hatte die Bestrahlung bisher nur sehr geringe Einwirkung. Sie scheint zwar die Leukocyten zum Zerfall, aber die Krankheitsnoxe selbst nicht zum Schwinden zu bringen.

H. Senator: Durch die Bestrahlung verkleinerte sich bei einem Falle myeloider oder gemischtzelliger Leukämie die geschwollene Milz in kurzer Zeit sehr auffällig, bei einem zweiten Falle ebenfalls noch deutlich, bei einem dritten aber undeutlich. Der Blutbefund zeigte Schwankungen, wie sie auch sonst vorkommen. Das subjektive Befinden besserte sich. — Milzverkleinerung bedeutet aber nicht Heilung der Krankheit.

Plehn: Trotz mancher unangenehmen Nebenerscheinungen, die bei genauerem Studium auszuschalten gelingen wird, ist die Bestrahlung wirksam und besonders aussichtsreich, wenn die Erkrankung der Milz oder Knochenschmerzen im Vordergrunde stehen, also die Krankheitsherde lokalisiert werden können.

Quincke: Bei einem durch Spitzentuberkulose komplizierten Falle mononukleärer Leukämie trat während der Bestrahlung zunächst eine Verminderung der weißen Blutkörper, dann aber durch das Fortschreiten des Grundleidens der Tod ein.

Krehl: Bei zwei Fällen myeloider Leukämie wurde erhebliche Verminderung der Zahl der weißen Blutkörper, insbesondere der Myelocyten, und Milzverkleinerung erreicht.

Lommel (Stintzing-Matthes): Bei je einem Falle von Pseudoleukämie und myeloider Leukämie hatte die Bestrahlung eine sehr günstige Wirkung.

v. Leube: Unzweideutige Wirksamkeit in je einem Falle von Pseudoleukämie und Leukämie; bei letzterem wieder rasche Verschlimmerung nach dem Aufhören der Bestrahlung. Beidemal starke Schädigung der Haut.

Goldscheider: Ein Fall von Pseudoleukämie weist einen gewissen, ein anderer gar keinen Erfolg auf.

J. v. Mering: Eine kurze Zeit behandelte Leukämie wurde bisher nicht günstig beeinflußt.

E. Grawitz: Eine lymphoide Leukämie wurde sehr günstig beeinflußt. Der Erfolg hält an. — Wahrscheinlich werden die Leukocyten in ihrer Vitalität geschädigt. **G. Schmidt** (Berlin).

20) Umfrage über die Behandlung des Krebses mit Radium.

(Med. Klinik 1905. Nr. 13.)

Auf die Umfrage der Redaktion liefen folgende Auskünfte ein:

G. Perthes: Vier linsengroße Cancroide an Nase und Augenlid waren 6 bis 10 Wochen nach der Bestrahlung vernarbt. In einem dieser Fälle erforderte eine verdächtige Wucherung in der Narbe eine erneute Bestrahlung; bei einem anderen war der Krebs in der Tiefe weitergewuchert. — Bei inoperablen Speiseröhren-, Mastdarm- und Zungenkrebsen blieb jeder Erfolg aus. — Oberflächliche Angiome sowie harte Warzen verschwanden nach kurzem Auflegen der Radiumkapsel völlig.

P. Wichmann: Die geringe Tiefenwirkung des Radiums macht es ungeeignet für tiefergreifende Krebse. Bei flachen Hautkrebsen sah W. Heilung, doch läßt sie sich hierbei ebensogut durch Ätzmittel erzielen. W. regt an, nur die γ-Strahlen des Radiums zu benutzen oder radioaktivierte Flüssigkeiten und Radiumlösungen einzuspritzen.

V. Klingmüller: Radium ist nur geeignet für kleinere und oberflächliche Krebse. Es läßt sich an schwer zugänglichen Stellen und bei körperlich schwachen Leuten bequemer anbringen. Bei inoperablen Geschwülsten ist die Röntgenbehandlung vorzuziehen.

O. Hildebrand: Bei regionären Hautmetastasen des Brustkrebses hat sich Radium ebensowenig bewährt wie die Röntgenbehandlung.

A. Exner: Bei einem an der Grenze der Operabilität stehenden Wangenkrebs ergab die Auslöffelung und nachherige Radiumbestrahlung einen guten Erfolg (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 379).

A. Blaschko: Die Radiumbehandlung wird erst dann größere Ausdehnung gewinnen, wenn es gelingt, größere Stücke gewebten Stoffes durch Emanation oder Imprägnierung so mit Radium zu erfüllen, daß sie mit oder ohne dazwischenliegendem Schutzstoff unmittelbar auf die Erkrankungsherde gebracht werden können.

C. Blauel: Bei größeren Karzinomen der Haut wurden niemals Besserungen, bei oberflächlichen nur zum Teil Dauerheilungen erzielt. Das Fortschreiten der Hautmetastasen des Brustdrüsenkrebses ließ sich niemals aufhalten. Bei einem inoperablen Mastdarmkrebs ergab sich eine beträchtliche Besserung durch Erweiterung der Verengerung.

Richard Werner: In Czerny's Klinik wurden 34 Fälle, darunter 11 Karzinome des Gesichts und der Brustdrüse und 1 Melanosarkom, mit Radium behandelt. In den meisten Fällen kam es nur zu einer umschriebenen Abflachung mit örtlicher Nekrose, während die Hauptmasse der Geschwulst unversehrt blieb.

G. Schmidt (Berlin).

21) **Paschen.** Zur Kenntnis der primären akuten Osteomyelitis des Schädels.

Inaug.-Diss., Rostock, 1903. 56 S.

Unter den 299 Fällen von Osteomyelitis, die Prof. Müller in den letzten 15 Jahren in Aachen und Rostock operierte, waren vier primäre Schädelosteomyelitiden; zwei betrafen das Schläfenbein, je einer das Siebbein und das Scheitelbein. In einer eitrig infiltrierten Schläfenbeinschuppe wurde mikroskopisch und in einem Abszeß am Scheitelbein mit erbsengroßem Sequester kulturell Staphylokokkus pyogenes nachgewiesen. In den beiden anderen Fällen sprachen Verlauf und pathologisch-anatomischer Befund für akute primäre Osteomyelitis.

Gutzeit (Neidenburg).

22) **J. Fritsch.** Ein Fall von heteroplastischer Deckung eines traumatischen Schädeldefektes.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 26.)

Bei einem 16jährigen Mädchen wurde ein durch komplizierte Fraktur entstandener, fünfkronenstückgroßer Defekt des rechten Stirnbeines und Orbitaldaches mit 3 mm starken Zelluloidplatten erfolgreich gedeckt. Nach $1^1/_2$ Jahren saßen die Platten unter der verschieblichen Haut noch vollkommen fest, das rechte Auge blieb normal beweglich. Hier und da Klagen über leichten Kopfschmerz.

Gutzeit (Neidenburg).

23) **Fontoynont** (Tananarive). Disjonction ancienne de la suture coronale. Epilepsie Jacksonienne. Trépanation. Rapport par M. Broca.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXX. p. 24.)

Die zur Zeit der Operation 14jährige Pat. war als Kind von 1 Jahr aus einer Höhe von 4 m auf den Kopf gestürzt, wodurch eine Einsenkung des Schädels in der hinteren linken Scheitelgegend, gleichzeitig Konvulsionen und ziemlich lang anhaltende Bewußtlosigkeit hervorgerufen wurden. 5 oder 6 Jahre danach begannen epileptische Krämpfe, erst selten, in Zwischenräumen von 3—4 Monaten, später häufiger; im letzten Halbjahre vor der Operation traten sie alle 3—4 Tage auf. Sie hatten ausgesprochen Jackson'schen Typus, begannen im rechten Mittelfinger, griffen auf den rechten Arm, dann das rechte Bein, endlich das Gesicht und die Augen über; dann folgte Verlust des Bewußtseins. Der Anfall dauerte ungefähr $^1/_2$ Stunde. Fast die ganze linke Scheitelgegend war abgeflacht und ließ an einer der Coronarnaht entsprechenden Stelle einen Spalt fühlen. Bei der Operation legte F. einen 8 cm langen, 5—10 mm breiten Spalt bloß, welcher dem Verlaufe der Coronarnaht entsprach, 2 cm von der Mittellinie entfernt entsprang und oben breiter war als unten. Die Dura mater war am Boden der Spalte verdickt und wurde



exzidiert, die beiden Knochenränder mit der Meißelzange breit reseziert, die Haut genäht. Das Gehirn unter dem Spalt hatte normales Aussehen.

4 Wochen nach der Operation folgte ein erster, 14 Tage später ein zweiter, 8 Tage später ein dritter kurzer epileptischer Anfall. Ein $^1/_2$ Stunde währender vierter Anfall erfolgte nach Verlauf von 5 Monaten am 23. März 1903. Seitdem blieb Pat. bis zum Zeitpunkte der Veröffentlichung (8. Oktober 1903) frei von Anfällen. Auch hatte sich die Funktion der vorher schwach entwickelten Muskeln des rechten Armes ganz wesentlich gebessert. **Reichel** (Chemnitz).

24) **G. Hirschel.** Kasuistischer Beitrag zur Trepanation bei Meningitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 335.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Trepanation bei Meningitis. Der eine Fall betraf einen 62jährigen Mann, bei dem wegen eines seit 11 Jahren bestehenden Stirnhöhlenempyems die Trepanatian der rechten Stirnhöhle gemacht worden war. Als sich darauf Benommenheit einstellte, wurde unter der Annahme einer lokalisierten Meningitis die Schädelhöhle eröffnet; doch war bereits eine diffuse eitrige Meningitis vorhanden, welcher Pat. erlag.

Im zweiten Falle stellten sich bei einem 17jährigen Gymnasiasten einige Tage nach einer Kontusion über dem linken Auge Kopfschmerzen und Erbrechen ein. 2 Wochen nach der Verletzung entstand ein Kopferysipel, in dessen Verlauf Besinnungslosigkeit und Lähmung des rechten Armes auftrat. Unter der Annahme eines akuten Hirnabszesses in der Gegend der linken Zentralwindungen, wahrscheinlich mit lokaler Meningitis, wurde punktiert. Dabei wurde ein subduraler Abszeß gefunden und durch Trepanation eröffnet. Nach vorübergehender Besserung Tod. Bei der Sektion fand sich außer einer handtellergroßen Leptomeningitis eine Thrombose des Sinus longitudinalis mit ausgedehnter Thrombose zahlreicher Hirnvenen. Ein Hirnabszeß war nicht vorhanden. **M. v. Brunn** (Tübingen).

25) **Young.** On abscess of the brain.

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XL. 1905.)

Y. schildert auf Grund von 52 Fällen, von denen nur 3 genasen, das Krankheitsbild. Ätiologie: chronische Mittelohreiterungen in 33 Fällen, davon $^2/_3$ im Alter unter 20 Jahren; der Sitz war doppelt so häufig im Temporallappen als im Kleinhirn; in einem Falle wurden zwei Abszesse, im linken Schläfenlappen und im linken Seitenlappen des Kleinhirns, festgestellt. Schädeltraumen verursachten in 3 Fällen den Abszeß, in 5 Fällen Lungenerkrankungen (Gangrän, Empyem, Abszeß, tuberkulöse Kavernen); bei diesen Kranken waren immer mehrfache Abszesse vorhanden und stets die Stirn- und Schläfengegend befallen. 3mal konnte bei der Autopsie kein Ausgangspunkt gefunden werden. Bei den übrigen waren sonstige pyämische Herde im Körper die Ursache des Hirnabszesses. Bei einem Neugeborenen trat eine ätiologisch dunkle Gangrän an beiden Vorderarmen auf, erste Hirnsymptome am 11. Tage, Tod in der 6. Woche an großem Stirnlappenabszeß; bei einem 12jährigen Knaben mit Extraduralabszeß nach Mittelohrerkrankung und thrombotischer Infektion der Hirnsubstanz fehlte jede Karies der Knochenwände der Paukenhöhle, und das Trommelfell blieb bis zum Tode gesund, so daß während des Lebens eine Diagnose unmöglich war. Bei einem 15monatigen Kinde mit linksseitiger Mittelohreiterung wurde ein Abszeß im rechten Hinterhauptslappen gefunden, vermutlich metastatisch entstanden. Bei 9 Kranken waren Zeichen von Abgrenzung, Abkapselung und Resorption des Abszesses vorhanden. Für die Möglichkeit, daß kleine Abszesse sich resorbieren können, spricht die Krankengeschichte eines Mannes mit sämtlichen typischen Erscheinungen eines Schläfenlappenabszesses, der nach einer Trepanation, bei welcher kein Eiter gefunden wurde, genas.

Aus der Symptomatologie ist zu erwähnen, daß fast in allen Fällen von Beginn an Verstopfung vorhanden war. Bei einer Pat. mit Otitis media und Kleinhirnabszeß, welcher erst bei der Autopsie erkannt wurde, trat der Tod plötzlich ein,

ohne daß Bewußtlosigkeit vorausgegangen wäre; bei einem zweiten Kranken, der ohne vorhergehende Erscheinungen plötzlich komatös wurde, deckte die Sektion als Ursache des Komas Durchbruch eines Abszesses in den Seitenventrikel auf. Die in der Mehrzahl der Fälle nachweisbare, gewöhnlich doppelseitige Neuritis optica war immer ein Spätsymptom; bei 3 Kranken, welche nach der Operation genasen, wurde der Pupillenbefund später wieder vollständig normal. War der Hirnabszeß nicht von irgendwelchen Komplikationen begleitet, so war nur ausnahmsweise Fieber vorhanden. Gleichzeitige Eiterungen außerhalb des Schädels sind jedoch häufig, und so war nur in $^1/_3$ der Fälle die Temperatur normal oder subnormal. Der Zeitraum zwischen Beginn der Symptome und Tod betrug bei nicht operierten Kranken 3—179 Tage; die traumatischen Abszesse verliefen sämtlich in 3—12 Tagen, die nach Mittelohreiterungen durchschnittlich in 10—20 Tagen. Für die Lokalisierung des Abszesses ist wichtig, daß etwa in der Hälfte der Fälle von Schläfenlappenabszeß Paralysen oder Paresen der entgegengesetzten Körperseite beobachtet wurden; 9mal war Strabismus externus auf der Seite des Abszesses vorhanden; dagegen waren Krampfanfälle häufiger allgemein als auf eine Körperseite beschränkt. Bei 6 Pat. mit Aphasie war der Sitz des Abszesses im linken Schläfenlappen, mit Ausnahme eines Falles, wo er in der linken aufsteigenden Stirnwindung lag. Bei den Kleinhirnabszessen war Neuritis optica nicht ausgeprägter als bei Großhirnabszessen zu beobachten; in 3 Fällen waren Krämpfe des ganzen Körpers mit Opisthotonus vorhanden; während Lähmungen bei Kleinhirnabszessen gewöhnlich fehlten, wurden solche in 3 Fällen festgestellt. Bei Stirnlappenabszessen mit vorderem Sitze bestanden gewöhnlich nur psychische Störungen und allmählich zunehmende Bewußtlosigkeit. Bei Kleinhirnabszessen kann die Differentialdiagnose gegenüber Meningitis, sowohl allgemeiner eitriger als mehr chronischer basaler, in einzelnen Fällen unmöglich sein; nur die frühzeitige Trepanation kann hier entscheiden, die bei allen Pat. indiziert ist, bei denen sich im Laufe einer Ohrerkrankung, eines Schädeltraumas, einer Pleura- oder Lungeneiterung schwere Hirnstörungen zeigen. Wird bei Ohreiterungen im Schläfenlappen kein Eiter gefunden, so sollte stets das Kleinhirn an derselben Seite freigelegt und punktiert werden; ist auch hier kein Eiter nachzuweisen, so muß eine ähnliche Operation auf der anderen Seite erfolgen; wird trotz alledem nichts entdeckt, dann Punktion und Drainage der Seitenventrikel. **Mohr** (Bielefeld).

26) **Frazier.** Presentation of a patient, from whom almost the entire cerebellar hemisphere had been removed.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1905. Februar.)

Kind mit Gehirngeschwulst; während des letzten Jahres drei Operationen. Bei der ersten wurde die Geschwulst nicht gefunden, und, um den Hirndruck herabzusetzen, ein Drittel des normalen Kleinhirngewebes der linken Hälfte entfernt; bei der zweiten Operation wurde die Geschwulst, ein Gliom, gefunden und entfernt, bei dem dritten Eingriff ein ausgedehntes Rezidiv entfernt, so daß schließlich fast die ganze Hälfte des Kleinhirns wegfiel; trotzdem war der operative Chok nur gering, und es blieb eine nachweisbare Funktionsstörung nicht zurück. Jedesmal nach dem Eingriffe gingen Kopfschmerzen, Neuritis optica und Schwindel prompt zurück. **Mohr** (Bielefeld).

27) **West.** Two cases of exstirpation of the labyrinth.

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XL. 1905.)

In den beiden Fällen handelte es sich um Karies des Felsenbeines mit Übergang auf das Labyrinth, vermutlich beidemal tuberkulöser Natur; das Labyrinth konnte ohne Schädigung des Nervus facialis entfernt werden, und zwar durch einen elektrisch betriebenen Kugelbohrer nach Aufmeißelung und Freilegung der Labyrinthgegend. **Mohr** (Bielefeld).

28) **Springer.** Entwicklung von Hämangiomen im Anschluß an das »Ohrringestechen«.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 34.)

Verf. beobachtete im Anschluß an die Durchstechung eines mit einem stecknadelkopfgroßen, flachen Hautangiom behafteten Ohrläppchens und eines vorher gesunden die Entwicklung eines schließlich die untere Hälfte der Ohrmuschel einnehmenden Hämangioms. In beiden Fällen hatte der Stichkanal stark geeitert.

Gutzeit (Neidenburg).

29) **G. W. Wende** and **C. A. Bentz.** Rhinophyma. A pathological analysis of five separate tumors occuring in the same patient.

(Journ. of cutaneous diseases 1904. Oktober.)

Beschreibung eines Falles von Rhinophym bei einem 69jährigen, als Potator bekannten Mannes. Die Krankheit hatte vor 25 Jahren begonnen; es bestanden mehrere voneinander unabhängige Geschwülste, von denen die größte, die eine Größe von $4^3/_4:3^1/_4:3$ Zoll erreicht hatte, über den Mund herabhing und den Pat. am Essen hinderte. Es wurden fünf Geschwülste abgetragen und mikroskopisch untersucht. Die Befunde stimmten im wesentlichen mit denen überein, die von anderen Autoren bei früheren Veröffentlichungen bereits angegeben wurden. Gute Illustrationen mikroskopischer Schnitte sind beigefügt.

Urban (Breslau).

30) **K. Beck.** Abdominale Scheingeschwülste bei hysterischen Kindern.

(Monatsschrift für Kinderheilkunde 1905. März.)

B. teilt zwei in der Rostocker chirurgischen Klinik unter W. Müller beobachteten Fälle mit. Im ersten Falle handelte es sich bei einem 13jährigen Mädchen um eine geschwulstartige druckschmerzhafte Anschwellung im Epigastrium mit kahnförmiger Einziehung des Unterbauches. Ganz ähnlich lag im zweiten Falle bei einem 9jährigen Mädchen eine tympanitische, auf Druck empfindliche Auftreibung im Epigastrium vor. Hier konnte man beobachten, wie bei Luftschlucken die Geschwulst größer wurde. Beidemal hysterischer Habitus. In beiden Fällen trat nach einer kurzen Narkose, in der die Geschwulst — bei Fall I unter Entweichen von Luft aus dem Munde — verschwand, Heilung ein. Im ersten Falle haben die Erkundigungen auch ergeben, daß die Heilung zu Haus angehalten hat. Verf. bespricht dann noch die Anschauungen über Pathogenese dieses Leidens.

E. Moser (Zittau).

31) **F. E. Bunts.** Report of fifty cases of appendicitis and fifty cases of hernia with reference to albuminuria.

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. März.)

Verf. hat 100 operierte Pat. systematisch auf das Auftreten von postoperativer Albuminurie untersucht. Er wählte solche Operationen, bei denen das Bauchfell eröffnet wurde, und zwar als Typus einer Operation bei entzündlicher Bauchfellaffektion die Appendicitisoperation und als Typus einer Bauchfelleröffnung bei nicht entzündlicher Affektion die Herniotomie.

Bei den Operationen handelte es sich um 43 Operationen während des Anfalles und 7 Intervalloperationen. In 18 Fällen fand sich Albuminurie vor der Operation. In 5 Fällen verschwand dieselbe nach dem Eingriff. Bei 20 Pat., die vorher frei von Albuminurie waren, ließ sich nach der Operation im Urin Eiweiß nachweisen.

Bei den Bruchkranken fand sich in 11 Fällen vor der Operation Albuminurie. In 2 Fällen verschwand dieselbe nach der Operation. In 11 Fällen trat erst nach der Operation Albuminurie auf.

Von den wegen entzündlicher Affektionen operierten Kranken hatten also 66% nach der Operation Albuminurie, und von diesen hatten 60% vor der Operation kein Eiweiß im Urin gehabt. Es fanden sich hier also erheblich mehr Fälle von reiner postoperativer Albuminurie als bei den herniotomierten Kranken.

Aus diesen Beobachtungen geht hervor, daß sich in einem großen Prozentsatz von chirurgischen Erkrankungen Albuminurie nachweisen läßt, und daß dieselbe an sich nicht als Kontraindikation gegen eine Operation angeführt werden darf. Von den 100 Fällen des Verf.s gingen nur zwei akute Appendicitisfälle zugrunde. Die meisten der Operationen waren in Äthernarkose ausgeführt worden.

Läwen (Leipzig).

32) **G. Kelbling.** Radikaloperationen von Inguinalbrüchen bei Kindern.
Diss., Kiel, 1904.

K. stellt 22 Fälle von Radikaloperation kindlicher Leistenbrüche zusammen in der Absicht, einen Beitrag »für die Rentabilität dieses Eingriffes« zu liefern. Die Grenzen der Indikation seien möglichst weit zu stellen, da der Eingriff auch für die Allgemeinentwicklung der Kinder von segensreichster Wirkung sei, während irgendwelche Nachteile für den Verlauf der Heilung aus der Jugend der Pat. nicht erwüchsen.

Die erwähnten 22 Kinder standen im Alter von 4 Monaten bis zu 9 Jahren. In 18 Fällen konnte nachgeprüft werden; nur in einem wurde ein Rezidiv gefunden.

V. E. Mertens (Breslau).

33) **Albanese** (Palermo). Sopra un caso raro di ernia diaframmatica congenita.
(Riforma med. XX. Nr. 48.)

Die Krankengeschichte dieses interessanten Falles ist kurz folgende: Das 10jährige, bis dahin anscheinend vollkommen gesunde Mädchen erlitt beim Spiel eine Schußverletzung in der Gegend des sechsten linken Interkostalraumes in der vorderen Axillarlinie. Ein Arzt entfernte das Geschoß aus dem subkutanen Zellgewebe des siebenten Interkostalraumes, nahe am Schulterblatt. Im Anschluß daran eine Eiterung; Spaltung im achten Interkostalraume hinten, langsame Heilung. Einen Monat darauf trat plötzlich nach der Mahlzeit ein heftiger Schmerz im Bauch auf, der nach der Lendengegend und in die rechte Schulter ausstrahlte; dabei bestand heftiges Erbrechen und Stuhlverhaltung. Nach 5 Tagen Nachlaß der Symptome. Objektiv fand sich eine hochgehende Tympanie im linken Brustraum und eine starke Verlagerung des Herzens nach rechts. Skiaskopisch zeigte sich ein Schatten im linken Brustraume, der sein Niveau, dem Lagerungswechsel der Pat. entsprechend, einstellte. Eine tiefe Punktion ergab schließlich Mageninhalt. Diagnose: Hernia diaphragmatica. Bei der Laparotomie fand A., daß der Magen, ein großer Teil des Querkolon und des Dünndarmes durch eine große Lücke des Centrum tendineum linkerseits in den Brustkorb eingedrungen war. Die Pars pylorica, umgeben von Netz, ragte knopfförmig aus der Lücke in die Bauchhöhle hervor. Beim Repositionsversuche des Bruches entstand Kollaps, so daß die Narkose unterbrochen werden mußte. Vermittels eines Hustenstoßes entwickelten sich alsdann die Eingeweide und eine große Masse Netz ohne Schwierigkeiten. Da eine Schließung der großen Bruchpforte unmöglich, lagerte A. den Magen mit seiner großen Kurvatur vor, indem er ihn nach links hin an die parietale Bauchwand sorgfältig fixierte. Wegen Winkelstellung des Pylorus wurde eine Anastomose nach Roux angelegt. Pat. ist jetzt, 5 Monate nach der Operation, noch rezidivfrei, gesund und arbeitsfähig. A. hält die Hernie, nach Art der großen Bruchpforte mit ihrem glatten Serosaüberzug, dem Fehlen von Verwachsungen und des Bruchsackes usw. für eine angeborene, die schon längst bestanden hatte. Das Trauma mit der Eiterung (abgesackter Pyothorax) gab durch Änderung der Druckverhältnisse im Brustkorbe die Gelegenheitsursache zu den Einklemmungserscheinungen. Der Fall scheint der erste operativ und mit Erfolg behandelte dieser Art zu sein.

A. Most (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 19. **Sonnabend, den 13. Mai.** **1905.**

1) **Manceaux.** Accidents de croissance dans l'armée.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 2.)

Verf. glaubt, daß die bei den neueingestellten Soldaten nach dem Exerzieren eintretenden Schmerzen in den unteren Gliedmaßen, ferner die Osteoperiostitis des Schienbeines, die Fußgeschwulst endlich Störungen des Wachstums und der Ossifizierung des Knochens darstellen. Durch die genannten Exerzitien werden nach ihm Kongestionen in

einem noch nicht fertigen Knochensystem hervorgerufen, welches letztere dann darauf mit jenen schmerzhaften Prozessen reagiert. Durch Bettruhe gehen die Krankheiten auch ohne weitere Therapie vorüber.

M. konnte bei sehr vielen dieser Pat. feststellen, daß sie nach der Einstellung noch um mehrere Zentimeter gewachsen waren. Durch mehrere kasuistische Fälle wird diese letztere Behauptung gestützt.

Herhold (Altona).

---

2) **L. Dor.** Sécrétion sudorale des mains chez les chirurgiens et asepsie.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 24.)

Zu Anfang dieses Jahres haben Reverdin und Massol behauptet, daß es eine Infektion durch den Schweiß der Hände nicht gebe, d. h. daß man imstande sei, die Hände soweit zu desinfizieren, daß der Schweiß keine Bakterien mehr enthalte. Dagegen wendet D. sich mit der Begründung, daß eine derartige Desinfektion praktisch absolut undurchführbar sei, weil sie zu viel Zeit beanspruche; außerdem aber sei der Schweiß auch chemisch nicht indifferent. Es müsse daran festgehalten werden, daß Chirurgen und Geburtshelfer keine schweißfeuchten Hände haben dürfen.

V. E. Mertens (Breslau).

---

3) **E. Engels.** Die Desinfektion der Hände.

(Abdruck aus dem klin. Jahrbuch Bd. XIII. 1905. 158 S.)

Verf. verglich in sehr sorgfältigen Versuchsreihen die Wirkung des 2‰igen Sublamins, 2%igen Lysoforms und Bazillols in alkoholischer und wäßriger Lösung auf Bakterienaufschwemmungen sowie auf an Seidenfäden und an Granaten angetrocknete Bakterien. Granaten, die frei auf Haarnetzen lagen, erwiesen sich als die besten Prüfsteine. Die alkoholischen Lösungen desinfizierten kräftiger als die wäßrigen; Sublamin stand an erster, Bazillol an letzter Stelle. Nur Seidenfadenstaphylokokken wurden durch Sublaminwasser schneller wie durch Sublaminalkohol vernichtet. — In einer zweiten Versuchsreihe wurde nach Paul-Sarwey's Verfahren die Tageshand im sterilen Kasten vor und nach der Desinfektion mit Heißwasser und Alkohol, Seifenspiritus, Formalinalkohol, Lysoformalkohol und -wasser, Bazillolalkohol und -wasser, Sublaminalkohol und -wasser auf ihren Keimgehalt untersucht. Auffallend schlecht waren die Ergebnisse beim Seifenspiritus. Am besten bewährte sich der 2‰ige Sublaminalkohol, auch bei der schärferen Prüfung nach Krönig-Blumberg mit Einschiebung des Tierexperimentes und bei künstlicher Infektion der Hände mit Tetragenus- und Staphylokokkuskeimen. Die rein alkoholischen Sublamin-, Lysoform- und Bazillollösungen besitzen ferner einen größeren desinfektorischen Wert als ihre wäßrigen Lösungen bei voraufgehender Alkoholanwendung nach Fürbringer's Vorschrift.

G. Schmidt (Berlin).



4) **A. Loewe.** Alkohol-Silber-Salbe.

(Allgemeine med. Zentralzeitung 1905. Nr. 9.)

Die Wirkung der in den letzten Jahren soviel angewandten Alkoholverbände nach Salzwedel beruht nach den bisherigen Beobachtungen auf der hervorgerufenen arteriellen Hyperämie, durch die »im Blute vorhandene antibakterielle und antitoxische Stoffe und Körper« in großer Menge zum Entzündungsherd hingeleitet werden. Keimtötend wirkt der Alkohol so gut wie gar nicht. Daher ging das Bestreben L.'s dahin, mit dem Alkoholverband die bakterientötende Wirkung des Silbers (Colargol Crédé) zu verbinden. Die chemische Fabrik Helfenberg-Dresden stellte eine Alkohol-Silber-Salbe nach des Verf. Angaben her, welche $^1/_2$% Colargol, 70% eines 96%igen Spiritus, Natronseife, Wachs und etwas Glyzerin enthält. Mit dieser Salbe erzielte L. gute Resultate bei Frostbeulen, Verbrennungen, Beingeschwüren, Dekubitus, Kontusionen, nicht infektiösen und infektiösen Entzündungen (besonders Phlegmonen des Armes und schweren Lymphangitiden), endlich bei Neuralgien, da die Salbe auch schmerzlindernd wirkt.

L. empfiehlt die Salbe besonders, weil sie niemals reizt oder die Haut austrocknet, wie der Alkohol allein.

Applikation: 1—2mal täglich direkt aufgestrichen oder auf Mull verteilt, dann mit etwas Mull abgedeckt, darüber Gummipapier und eine gut sitzende Binde. Beim Wechseln Waschungen resp. Bäder, wobei die Salbe wegen des Gehaltes an Natronseife leicht löslich in Wasser ist.

Grosse (Kassel).

---

5) **J. Jacobson.** Über Melioform, ein neues Desinfektionsmittel.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 15.)

Die ungemein starke bakterizide Kraft des Formaldehyds erlaubt, zur Desinfektion von Wunden und zu Spülungen Lösungen von so erheblicher Verdünnung zu benutzen, daß jede ätzende oder giftige Wirkung ausgeschlossen ist. Melioform (Lüthi & Buhtz, Berlin SW.) enthält 25% Formalin, 15% essigsaure Tonerde und einige nebensächliche, die Haltbarkeit der Lösung sichernde Stoffe. Es wird, durch Farbstoffe gefärbt, in 100 g-Flaschen abgegeben. 4 g davon, mit 1 Liter Wasser vermengt, bilden eine klare, leicht gefärbte, nicht nach Formalin riechende, Wunden, Hände und Instrumente nicht angreifende Flüssigkeit, die Eitererreger und Milzbrandbazillen stark, Tetragenus- und Prodigiosuskeime schwächer beeinflußt. Außerdem macht es die Gebrauchsgegenstände nicht schlüpfrig und ist billiger wie Lysol.

G. Schmidt (Berlin).

---

6) **H. Rieder.** Beiträge zur Topographie des Magen-Darmkanales beim lebenden Menschen nebst Untersuchungen über den zeitlichen Ablauf der Verdauung.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 3.)

Die Methode der Lufteinblasung und Sondeneinführung genügt bei der skiaskopischen Untersuchung des Magen-Darmkanales häufig nicht. Am besten bewährte sich dem Verf. die innige Vermengung gewisser Nahrungsmittel (Mehl- und Kartoffelbrei) mit Bismuthum subnitricum, welches ohne Gefahr in großen Dosen einverleibt werden kann (per os bis 30 g, per rectum bis 100 g). Die Expositionszeit darf nur eine kurze sein, da sonst die Magenbewegungen störend auf die Schärfe des Bildes einwirken.

Diese Methode erwies sich dem Verf. als ein ausgezeichnetes Hilfsmittel, die Topographie der Baucheingeweide am Lebenden zu studieren. Entgegen den bisherigen Anschauungen der Anatomen vom Schrägstand des Magens fand Verf. bei mäßig gefülltem Organ die vertikale Lage als die überwiegende. Beim weiblichen Geschlecht steht der Magen zugleich tiefer als beim männlichen; ferner war auch meist die von His sog. »Incisura cardiaca« zwischen Magengrund und -körper deutlich zu sehen. Bedeutend schwieriger als die Skiagraphie des Magens gestaltet sich die des Dünndarmes. Verf. sah dabei letzteren meist den mittleren Bezirk des Bauches einnehmen, häufig aber auch einen großen Teil des kleinen Beckens ausfüllen. Von den Dickdarmschlingen unterscheiden sich die des Dünndarmes durch ihre größere Länge und stärkere Krümmung. Als charakteristisches Kennzeichen des Dickdarmes findet sich auf den Röntgenbildern eine, wie die beigefügten Skiagramme beweisen, scharfe Markierung der Haustren (besonders deutlich am Colon transversum).

Bei Eingießung wismuthaltiger Flüssigkeiten in den Mastdarm treten die Dickdarmschlingen mit ihren Haustren auf dem Röntgenbilde geradezu »plastisch« hervor. In physiologischer Beziehung ist die skiaskopische Untersuchung insofern von Wert, als die Aufenthaltszeit der Nahrung in den einzelnen Darmabschnitten festgestellt werden kann. Der praktische Mediziner vermag mit der beschriebenen Methode Form, Lage, Größe und die Ausdehnung der einzelnen Bauchorgane besser zu erkennen. Verf. schließt mit der »Behauptung, daß die Anwendung der Röntgenstrahlen im Gebiete des Verdauungskanales als eine die Magen- und Darmdiagnostik wesentlich unterstützende, höchst zweckmäßige klinische Untersuchungsmethode anzusehen ist«. Die beigegebenen Kopien dürften am besten für die Richtigkeit dieser Behauptung sprechen. Als Anhang bringt Verf. die Krankengeschichten der von ihm nach seiner Methode untersuchten Pat.

Gaugele (Zwickau i. S.).

---

7) **A. Peiser.** Zur Pathologie der bakteriellen Peritonitis. Nebst einem Beitrage zur Kenntnis der Wirkung des Adrenalin in der Bauchhöhle.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 111.)

Die hochinteressanten experimentellen Untersuchungen des Verf. beschäftigen sich mit der bakteriellen Peritonitis bei Kaninchen und suchen vor allem festzustellen, wo hauptsächlich der Platz des Kampfes des Organismus gegen die Bakterien liegt, ob in der Bauchhöhle oder im Blute. Es wurden infolgedessen systematische bakteriologische Untersuchungen des Blutes und gleichzeitig der Bauchhöhle vorgenommen.

Nach der sehr verbreiteten Anschauung, daß die Resorptionskraft des Bauchfells eine der wichtigsten, wenn nicht die wichtigste Waffe des Organismus gegen die bakterielle Infektion sei, hätte man annehmen sollen, daß der Bakteriengehalt des Blutes steigt, während die Bauchhöhle bakterienärmer wird. Das ist nun nicht der Fall; vielmehr tritt im kulturellen Blutbefund eine Verminderung der Bakterien zutage zu einer Zeit, während der sich noch enorme Bakterienmassen in der Bauchhöhle befinden. Es ist also eine Resorptionsverzögerung zu konstatieren, welche Verf. vom teleologischen Standpunkt aus für eine notwendige Abwehrreaktion des Organismus gegen die ihm sonst drohende Septhämie bezw. Allgemeinintoxikation ansieht.

»Bei bakterieller Infektion des Peritoneums spielt sich der Kampf des Organismus mit den Entzündungserregern im wesentlichen an Ort und Stelle intraperitoneal ab und muß sich dort abspielen, falls nicht der Organismus zugrunde gehen soll.«

Der Einfluß des Adrenalins auf die intraperitoneale Resorption wurde durch Injektion von Ricin in die Bauchhöhle gesunder und mit Adrenalin vorbehandelter Tiere geprüft. Es ergab sich dabei eine resorptionsverzögernde Wirkung des Adrenalins.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

8) **L. S. Dudgeon** and **P. W. G. Sargent.** Peritonitis, a bacteriological study.

(Lancet 1905. Februar 25, März 4 u. 11.)

Verff. veröffentlichen aus dem St. Bartholomew's Hospital die Resultate ihrer systematischen Untersuchungen bei 270 Fällen peritonealer Entzündungen, die aus den verschiedensten Ursachen herbeigeführt waren. Bei den verschiedenen Operationen wurden keinerlei Chemikalien angewendet, bis die Proben zu Kulturzwecken den einzelnen Teilen der Bauchhöhle entnommen waren. Es wurden bakteriologisch untersucht: 1) intraperitoneale Blutungen 20 Fälle (17 Extra-uterin-Gravidität, 2 Milzrupturen, 1 Leberruptur). Verff. können sich der Ansicht Orth's nicht anschließen, daß reines Blut durch das Fibrinferment oder irgendeine toxische bei der Gerinnung auftretende Substanz »chemische« Peritonitis hervorrufen könne. Sie erachten die in

solchen Fällen beobachteten Entzündungserscheinungen als stets hervorgerufen durch einen unten näher beschriebenen Staphylokokkus albus. — Wechselnd war die Bakterienflora bei Cholecystitis und Gallenblasenperforation. — Bei perforiertem Magengeschwür vermochten Verff. in allen Fällen, auch in den mit subdiaphragmatischem Abszeß und Pleuraempyem komplizierten, einen bislang nicht beschriebenen Streptodiplokokkus, wie es schien spezifischer Natur, zu finden und zu züchten. Dieser Kokkus färbte sich gut mit Anilinfarben, war aber Gram-negativ, er wuchs aerob und anaerob und auf den gebräuchlichen Nährböden, ausgenommen auf Kartoffel. Seine Pathogenität muß gering angeschlagen werden, da weder Meerschweinchen noch Mäuse damit zu töten waren. — Bei 2 Fällen von Perforationsperitonitis bei Unterleibstyphus fanden Verff. den Bacillus coli und einen Staphylokokkus (aureus), keine Typhusbazillen oder Streptokokken. — Was den oben erwähnten Staphylokokkus albus angeht, so ist er von dem Staphylokokkus pyogenes albus (Rosenbach) auf Grund seiner abgeschwächten pathogenen Eigenschaften zu trennen, er scheint dagegen identisch mit dem Staphylokokkus epidermidis (Welch). — Bei Appendicitis ergaben die Untersuchungen, daß Streptokokkus pyogenes ein seltener Befund ist, und daß die Fälle, in denen er gefunden wird, hoffnungslos sind. Der bislang von einem Teil der Autoren eingenommene Standpunkt, daß bei Appendicoperitonitis der Streptokokkus sehr häufig sei und nur von dem enorm wuchernden Bakterium coli überwachsen werde, ist nicht zu halten. Der Stayhylokokkus albus war in nahezu allen Fällen von Appendicoperitonis zu finden. Was sein Verhältnis zum Bacillus coli angeht, so ergab sich ein merkwürdiger Antagonismus; während ein mit Bacillus coli peritoneal geimpftes Tier zugrunde ging, blieb das 20 Stunden vorher mit Staphylokokkus albus vorgeimpfte Tier meist am Leben. Der Staphylokokkus albus erregt eine außerordentliche Phagocytosis, wobei die Leukocyten intakt bleiben, während sie, sobald Bacillus coli vorhanden ist, degenerieren. Die bedeutende Rolle des weißen Staphylokokkus bei Peritonitis finden Verff. noch bestärkt durch seine Agglutinierbarkeit durch das Serum vieler Appendicitiskranken, die jedoch nicht vor dem 6. Krankheitstage beobachtet wurde. — Was die anaerobe Bakterienflora angeht, der von Veillon, Zuber, Tavel, Lanz u. a. eine wesentliche Bedeutung für die Appendicoperitonitis beigemessen wird, so kommen Verff. auf Grund ihrer eingehenden Untersuchungen zu absolut abweichenden Resultaten; diesen Bakterien gebührt kaum eine Bedeutung. Der Bacillus pyocyaneus wird hier und da bei Appendicitis beobachtet; er ist enorm virulent und führt fast so sicher zum Tode, wie der Streptokokkus pyogenes; Pigment bildet er in der Peritonealhöhle nicht. Der Bacillus coli ist sehr häufig bei Appendicitis, doch ist er von verschiedener Virulenz; bei Operationen im Intervall enthält der Wurmfortsatz meist eine hochvirulente Form derselben, und es ist daher dem Inhalte des exstirpierten Teiles eine außerordentliche Vorsicht zuzuwenden. Bei gleichzeitigem Vorkommen

des Colibacillus und des Bacillus pyocyaneus unterliegt der Colibacillus in kürzester Zeit.

Außerordentlich interessant ist nach den Untersuchungen der Verff. die Rolle der Phagocyten bei Peritonitis; sie wurden bei dem Bacillus coli und dem Staphylokokkus albus angestellt: die grobgranulierten eosinophilen Zellen, welche von den meisten Beobachtern als nicht oder nur sehr wenig phagocytisch angesehen wurden, sind vielleicht die allerwichtigsten im Frühstadium der Peritonealinfektion, während die feingranulierten polynukleären Zellen, wie bekannt, im späteren Stadium die Hauptrolle spielen; auch bei den kleinen Lymphocyten wurden phagocytische Eigenschaften beobachtet.

Der Name »allgemeine« Peritonitis ist nach Verff. zweckmäßig zu eliminieren; ist das ganze Peritoneum ergriffen, sprechen Verff. von »universeller« Peritonitis. Ist der Prozeß erysipelartig grassierend, ohne Adhäsionen, ohne Hemmung, so nennen sie die Peritonitis »diffus«.

Von Interesse sind die bakteriologischen Befunde auch beim eingeklemmten Bruch. Bei 47 Fällen erwies sich 42mal das Bruchwasser steril, während die Oberfläche des inkarzerierten Darmes sich nur 29mal steril zeigte; im wesentlichen wurde hier der Staphylokokkus albus gefunden; und es war auffallend, daß gerade diese Fälle besonders gut per primam heilten, während, wenn der Colibazillus nachgewiesen wurde, der Ausgang meist tödlich war.

Was die therapeutischen Schlußfolgerungen der Verff. aus diesen hochinteressanten Studien angeht, so beweisen sie für Appendicoperitonitis die Vorteile der Frühoperation, der Operation sofort, wenn die Diagnose feststeht. Auswaschen der Peritonealhöhle soll vermieden werden, und kann nur bei Streptokokken oder Pyocyaneusperitonitis, wo doch die ganze Peritonealhöhle sofort ergriffen ist, in Betracht kommen; die Drainage des Wurmfortsatzbettes soll, da zwecklos, nach Möglichkeit unterlassen werden, ausgenommen bei lokalem Abszeß; Opiate sind dringend zu vermeiden, eher Abführmittel zu verordnen.

Die Hoffnung der Serumtherapie bei Appendicitis liegt in der Entdeckung eines multivalenten Antibacillus coli-Serums, da tatsächlich diesem Bacillus die meisten Kranken erliegen. Ist Streptokokkeninfektion sichergestellt, so mag man eins der neueren Sera dieser Kategorie versuchen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

9) **H. Mohr.** Über subphrenische Abszesse bei Appendicitis.

(Medizinische Woche 1905. Nr. 7 u. 8.)

Verf. bespricht einen derartigen von ihm beobachteten und operierten Fall und betont, daß die subphrenischen Abszesse nach neueren Erfahrungen bei weitem am häufigsten nach Appendicitis auftreten, viel häufiger als nach Erkrankungen der Adnexe, von Magen, Leber, Pankreas usw. Er unterscheidet mit anderen Autoren zwei Arten von subphrenischen Abszessen nach Blinddarmentzündung: Einmal die frühzeitig im Verlaufe des akuten Anfalles zum Teil als Teilerscheinungen oder Rest einer Allgemeinperitonitis auftretenden, und zweitens solche,

die erst Wochen, ja Monate nach einem akuten Anfalle beobachtet werden. Die ersteren sind prognostisch weit ungünstiger. Die Infektion erfolgt auf dem Wege der Lymphbahnen (Grüneisen), besonders der retroperitonealen, und gibt ein in die Höhe geschlagener Wurmfortsatz, der womöglich ganz retrocoecal gelegen ist, leichter Anlaß zu derartigen Abszedierungen als ein Wurmfortsatz in seiner gewöhnlichen Lage.

Bei den vielgestaltigen Symptomen der subphrenischen Abszesse erwähnt M. die Begleiterscheinungen von seiten der Pleura und der Lungen, andererseits die der Leber und Gallenblase und bespricht eingehend das metastatische Empyem der Pleura.

Für die Diagnose ist besonders wichtig die Anamnese, die über die großen Schwierigkeiten oftmals hinweghilft.

Die Prognose wird bei frühzeitigem Eingreifen günstiger — M. ist auch ein begeisterter Anhänger der Frühoperation der Appendicitis —, bleibt aber immer dubiös. Vorbeugend gegen die Entstehung subphrenischer Abszesse und »somit die beste Behandlung« ist die frühzeitige Operation der Appendicitis mit gründlicher Entleerung der lokalen Eiterung (wenn solche schon vorhanden). Hierbei hat die Entfernung des Wurmformfortsatzes nicht unbedingt zu geschehen, da alles längere Suchen durch Lösung von Verklebungen nur schädlich wirken kann. Literaturangabe. **Grosse** (Kassel).

---

10) **G. Connell.** Is the transplantation of the cord necessary in the radical cure of inguinal hernia?

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. März.)

Die bei der Bassini'schen Operation übliche Verlagerung des Samenstranges hat gewisse Nachteile zur Folge. So sind im Anschluß an die Bassini'sche Operation Orchitis, Epididymitis, Hydrokele und Varicokele beobachtet worden. Ferner ist der Samenstrang in seiner neuen ungeschützten Lage leicht traumatischen Schädigungen ausgesetzt.

Verf. empfiehlt, die Radikaloperation der Leistenbrüche ohne Verlagerung des Samenstranges vorzunehmen. Sein Verfahren ist folgendes:

1) Hautschnitt. 2) Durchschneidung der Aponeurose des M. obliquus externus und Freilegung des Leistenkanales. 3) Freilegung des Bruchsackes. Reposition seines Inhaltes. Abtragung des Bruchsackes. 4) Verringerung des Umfanges der Samenstranggebilde durch Entfernung des Fettes und der Venen. 5) Versorgung des inneren Leistenringes. Die Fascia transversalis wird bis auf den oberen Rand des Leistenringes zusammengenäht. 6) M. obliquus internus und M. transversus werden an die äußeren zwei Drittel des Lig. Pouparti genäht. 7) Naht der Aponeurose des M. obliquus externus. Diese Naht empfiehlt Verf. in der von Andrews beschriebenen Form mit dachziegelförmiger Überschaltung der Aponeurosenränder vorzunehmen. 8) Hautnaht.



Dies Operationsverfahren hat vor der reinen Bassini'schen Methode größere Einfachheit und die sichere Vermeidung sekundärer Hodenveränderungen voraus. **Löwen** (Leipzig).

11) **C. W. M. Moullin.** The cause of pain in cases of gastric ulcer and its bearing upon the operation of gastrojejunostomy.

(Lancet 1905. März 4.)

Die Schmerzen bei Magengeschwür sind keineswegs hervorgerufen durch den Kontakt der Nahrung mit der exulzerierten Schleimhautoberfläche, da Reize dieser Art, z. B. bei Operationen an der Schleimhaut, ohne jede Empfindung verlaufen, ebenso ist nicht die erhöhte Azidität direkt Schuld daran; denn es ist erwiesen, daß weit stärkere Säuren, als je bei Dyspepsie oder Magengeschwür gebildet werden, auf die Schleimhautoberfläche gebracht werden können, ohne daß Pat. es merkt. Die einzige Möglichkeit, durch welche bei Dyspepsie oder Geschwür im Verdauungsakte Schmerzen erzeugt werden können, besteht in der Bewegung des Magens, wenn dabei die sensorischen Nerven alteriert werden, die Äste der Nervi intercostales, die sich im subserösen Gewebe des Peritoneum parietale finden. Ein Geschwür, das sehr große Schmerzen hervorruft, liegt entweder an der kleinen Kurvatur oder am Pylorus, es sei denn, daß sich, wie es in seltenen Fällen vorkommt, Verwachsungen auch von anderen Stellen des Magens gebildet haben. — Hypertrophische verwachsene Partien der Magenwand in der Pylorusgegend können möglicherweise zufällig, wie in einem Falle Verf.s bei Probegastrotomie, gespalten werden, und die früher enormen, durch die Zerrung hervorgerufenen Schmerzen verschwinden dauernd. Der Operationszweck bei Magengeschwür soll sein, den Magen ohne Erfordernis großer Peristaltik zu entleeren und in den Ruhestand zu versetzen — eine nicht immer leichte Aufgabe! Ist das Geschwür klein und kann es mit Hilfe einer lineären Narbe exzidiert werden, so kann man durch diese Operation Erfolg erzielen, leider nicht häufig. Die Operation der Wahl ist die Gastroenterostomie; sie sollte, um Bewegungen des Pylorusteiles sicher auszuschalten, ganz an der Cardia gemacht werden. Gestatten dieses aber die Verhältnisse nicht, dann soll man sie in der Pylorusgegend mit sehr ausgiebigem Schnitt anlegen. Die Gastroenterostomia retrocolica ist vorzuziehen, ob anterior oder posterior ist gleichgültig; das Gewicht des Darmes zieht die Öffnung doch in die abhängigste Partie.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

12) **T. Carwardine.** Some points in the surgical treatment of intestinal obstruction.

(Practitioner 1905. Januar-Februar.)

Um die bei Darmverschluß stagnierenden toxischen Inhaltsmassen des Darmes möglichst schnell zu entfernen, führt Verf. vor der Be-

seitigung der eigentlichen Ursache die temporäre Enterostomie meistens mit Hilfe der von ihm selbst angegebenen Tube aus, die sich von Paul's Tube dadurch unterscheidet, daß das Ende wie beim Murphyknopf die Röhre pilzförmig überragt und in den Darm fest eingebunden werden kann. Auf diese Weise kann ein Hinausgleiten, wie bei der aus Glas bestehenden Tube von Paul nicht eintreten, und die Drainage event. 6 Tage lang liegen bleiben.

Bei Geschwülsten des Dickdarmes besteht das Operationsverfahren in Verlagerung und Fixation des affizierten Darmstückes vor der Bauchwand mittels eines durch das Mesocolon geführten Stabes, temporärer Drainage des zuführenden Endes durch Verf.s Tube und Ableitung des Darminhaltes. Nachdem sich die Pat. einigermaßen erholt, wird das kranke Darmstück reseziert und die Enden axial vereinigt, der Faden um die Tube sorgfältig gelöst, letztere entfernt, die Öffnung durch Nähte verschlossen und der Darm in die Bauchhöhle versenkt. Sind jedoch die Kranken sehr dekrepide, so läßt Verf. die Geschwulst vorläufig in der Bauchhöhle und sucht durch die Enterostomie den Zustand zu bessern. 15 Zeichnungen sind der Arbeit beigefügt. Über den Erfolg wird nichts berichtet. **Jenckel** (Göttingen).

---

13) **F. Pachnio.** Über Dauerresultate der Kolopexie bei hochgradigem Rektumprolaps.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 300.)

Die Arbeit berichtet über die Erfahrungen, welche die Garrè-sche Klinik mit der Kolopexie an 12 Fällen von Mastdarmvorfall gemacht hat. Sie sind recht ungünstige; denn unter 11 für die Beurteilung des Resultates verwertbaren Fällen befanden sich nur 5 Heilungen bei 6 Rezidiven. Zu einem ähnlich schlechten Resultate gelangt Verf. bei einer kritischen Sichtung der Literatur. Von den veröffentlichten Fällen lassen sich bei schärferer Kritik überhaupt nur 22 für die Beurteilung des Dauerresultates verwerten, und von diesen rezidivierten 13 = 59%. Demnach hält es Verf. für angezeigt, die Indikationen für die Kolopexie möglichst einzuschränken. Er hält sie für indiziert nur »bei nicht inkarzerierten und reponiblen Mastdarmvorfällen, wenn es sich um gebildetere Pat. handelt, die keine körperlich schweren Arbeiten zu leisten haben. Handelt es sich um Frauen, so darf nur bei solchen die Kolopexie gemacht werden, die aller Wahrscheinlichkeit nach keine Geburten mehr zu überstehen haben«.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

14) **Steele.** Gallbladder and biliary-duct surgery.

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

In dem kleinen Aufsatze bespricht S. die Ursachen, Symptome und die Behandlung der Gallensteinkrankheiten. Bezüglich der letzteren steht er auf einem radikalen Standpunkt und verlangt früh-

zeitiges Erkennen der Krankheiten der Gallenwege und baldigen chirurgischen Eingriff. Ein 3monatliches Kurieren mit Medikamenten, Diät usw. hält er für zu lange ausgedehnt, nachdem einmal die Diagnose festgestellt ist. Er drainiert prinzipiell für einige Tage bei allen Operationen an den Gallenwegen. Sieben näher geschilderte Fälle sollen die Gefahren längeren Zuwartens erklären.

Herhold (Altona).

---

15) **A. Desjardins.** Étude sur les pancréatitis.

Thèse de Paris, **G. Steinheil, 1905.** 207 S.

D. bringt hauptsächlich von chirurgischen Gesichtspunkten aus eine ausführliche Darstellung der entzündlichen Pankreasaffektionen, ihrer Ätiologie und Pathogenese, pathologischen Anatomie, klinischen Zeichen, diagnostischen Merkmale und operativen Behandlung. Letztere — vorzugsweise bestehend aus einem ausgedehnten Schnitt entlang dem äußeren Rande des rechten geraden Bauchmuskels, Loslösung des Zwölffingerdarmes nach Kocher, genauer Besichtigung und Betastung des Pankreas, besonders seines Kopfteiles und der Gallenabflußwege, Cholecystektomie und Cystikektomie, Hepaticusdrainage, Rücklagerung des Duodenums, Vernähung des Bauchfelles, Tamponade — wird durch sechs Abbildung anschaulich erläutert. In der breiten Erörterung der Fettnekrose des Pankreas kommt Verf., dem es ähnlich wie Hildebrandt bei der Katze, beim Hunde gelang, durch Unterbindung der Pankreasvenen, nicht aber der Arterien oder aller Blutgefäße, Fettnekrose hervorzurufen, zu dem Schluß, daß dies Leiden nichts weiter sei als eine entzündiiche oder mechanische Hyperplasie des Drüsengewebes mit nachfolgender fettiger Degeneration und Fettembolien der benachbarten Lymphwege. — 51 Krankengeschichten aus der Literatur und eine Aufzählung von über 300 einschlägigen Arbeiten sind beigefügt.

G. Schmidt (Berlin).

---

16) **R. Wolff.** Über die Komminutivfrakturen der Handwurzel durch indirekte Gewalt.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1905. Nr. 2.)

Die aus Sonnenburg's Abteilung in Moabit hervorgegangene Arbeit behandelt ein praktisch recht bedeutsames Gebiet der Verletzungschirurgie und kommt unter Berücksichtigung der Literatur und besonders auch der Arbeit von de Quervain an der Hand von drei eigenen Fällen zu folgenden Ergebnissen:

Man sollte das Os naviculare lunatum und triquetrum für die Verletzungsfragen einheitlich als knöchernen Meniscus des Handgelenkes ansehen, da sie vorwiegend und meist vollständig zerstört werden, und zwar hauptsälich bei Fall auf die dorsalflektierte Hand. Am meisten geschädigt ist stets das Os naviculare; in schwereren Fällen ausnahmsweise auch Os triquetrum und pisiforme. Außer den Zwischenknochenbändern werden hauptsächlich Lig. radio-carpeum volare,

weiterhin auch das Lig. radio-carpeum dorsale verletzt. Einzelne Fragmente wirken oft als Fremdkörper und sind daher nicht selten Veranlassung zu deformierender Arthritis. Diese Erkenntnis mahnt dazu, von frühzeitigen Bewegungen (vor Ablauf von 3—4 Wochen) Abstand zu nehmen, die oft Reizerscheinungen auslösen.

Bei offenen Frakturen soll die Behandlung »in der primären Handgelenksresektion bestehen, die je nach dem Grade der Verletzung der Weichteile und Knochen mehr oder minder vollständig vorzunehmen ist«.

»Bei den subkutanen Frakturen, bei denen die Hand im Anfang oft schlottert, kann man sich exspektativ verhalten. Man hat die Hand in richtiger Stellung zum Vorderarme bei leichter Dorsalflexion zu fixieren und für baldige Mobilisation der Finger zu sorgen. Am Handgelenke trachte man deshalb vor allem, daß es zu einer festen Verheilung der losen Stücke kommt. Mit mobilisierenden Maßnahmen sei man deshalb vorsichtig.« Bleiben Schmerzen insbesondere bei der Arbeit zurück, so empfehle man dringend die Operation und entferne zur Vermeidung chronischer Gelenkentzündung die losen Stücke, bei Arbeitern möglichst frühzeitig.

Zwei Röntgenskizzen erläutern die eingehende Darlegung der oft verkannten und dann so folgenschweren Verletzung.

Stolper (Göttingen).

---

17) **T. H. Openshaw.** The treatment of severe curvation in the tibia by means of manuel osteoclasis.

(Lancet 1905. März 4.)

Verf. empfiehlt die manuelle Osteoklase bei rachitischer Verkrümmung der Unterschenkel, die er in ca. 40 Fällen mit angeblich sehr guten Erfolgen ausführte. Er gibt an, daß es ihm stets gelang, an der gewünschten Stelle, d. h. auf der Höhe der Beugekonvexität, die Unterschenkel auf einer keilartigen Unterlage zu brechen. Vor der Keilosteotomie hat nach Verf. die Operation, abgesehen von der Umgehung des blutigen Eingriffes, den Vorteil der Verlängerung des Beines, die dadurch entsteht, daß das distale Fragment mit der Kante auf dem proximalen aufsteht. Die obere Altersgrenze für die Osteoklase wird auf 10 Jahre angegeben.

Ref. möchte diese Empfehlung der Osteoklase von berufener Seite auf Grund eigener Erfahrungen keineswegs befürworten. Es entspricht keineswegs der allgemeinen Erfahrung, daß bei der Osteoklase die Unterschenkel stets auf der Höhe der Konvexität der Krümmung brechen; im Gegenteil pflegt gerade da wegen der erhöhten an die Stabilität des gebogenen Knochens gestellten Ansprüche eine besonders feste, sklerotische Knochenpartie sich zu finden, so daß der Knochen meist darüber oder darunter bricht, wobei leicht die untere Epiphyse der Tibia gelöst werden kann, da diese rachitischen Krümmungen ja meist an der oberen Grenze des unteren Tibiadrittels bestehen. Man muß Verf. insofern Recht geben, als die Enderfolge der Osteoklase

im allgemeinen schließlich gut sind, es kann jedoch nicht genug betont werden, daß selbst relativ schwere Verbiegungen bei zunehmendem Alter viel auswachsen und unauffällig werden können. Nach Ref. Ansicht ist die Operation der Wahl die »subkutane« Osteotomie, die allein es ermöglicht, den Ort der Fraktur genau zu bestimmen, und die auch dieselben Verhältnisse schafft, wie die schönste transversalste Osteoklase an der gewünschtesten Stelle. Eine keilförmige Osteotomie wird man natürlich wegen der Verkürzung nie einseitig machen. Nachteile aus der kleinen Wunde sind nicht zu ersehen, die Heilungsdauer ist dieselbe, d. h. im ersten Gipsverbande. Zu bemerken wäre noch, daß ein Blick auf das von Verf. der Arbeit beigegebene Skiagramm eines »typischen« Falles ergibt, daß die Fraktur sich keineswegs auf der Höhe der Krümmung der Tibia, sondern wesentlich darüber befindet, eine direkte Stütze der Ausführungen des Ref.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

18) **A. Blecher.** Über den Einfluß des Parademarsches auf die Entstehung der Fußgeschwulst.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 13.)

Die von Thalwitzer vertretene Ansicht, daß der Parademarsch eine der Hauptursachen der Fußgeschwulst (Syndesmitis, Periostitis, Fractura metatars.) der Soldaten sei, widerlegt B. u. a. durch den Hinweis auf die zahlenmäßige Häufigkeit des Leidens gerade in den Monaten, in welchen der Parademarsch ganz in der Diensteinteilung zurücktritt. Die Ursache der Fußgeschwulst liegt darin, daß beim ermüdeten, aber weiter marschierenden Soldaten die Stützmuskeln des Fußgewölbes nachgeben und die mittleren Mittelfußknochen unter der nun über sie hinweggehenden Körperlast einbrechen oder doch eine Beschädigung der Knochenhaut erleiden, die zur Entzündung führt. Der Parademarsch ist ein Mittel, das Leiden einzuschränken, insofern als er dazu dient, schwache Muskeln nach und nach zu kräftigen.

G. Schmidt (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

19) **Kelly.** Acid intoxication: its significance in surgical conditions.

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

Verf. hat 400 Fälle chirurgischer Krankheiten auf das Vorkommen von Azeton und Acid. diaceticum im Urin beobachtet und dabei 46mal diese chemischen Substanzen nachweisen können. Unter diesen 46 Krankheiten handelte es sich 11mal um Appendicitis, 14mal um Kontusionen und Knochenbrüche, 2mal um Magenerkrankungen, 2mal um Karzinom usw. Sobald Azeton und Acid. diaceticum im Urin nachgewiesen wird, ist das Krankheitsbild ein schweres, es sind die Symptome der Säureintoxikation vorhanden. 0,02 g Azeton in 50 ccm Urin ist die physiologische Grenze. Die Urinprobe auf Azeton ist folgende: Zu 5 ccm Urin werden bis zur alkalischen Reaktion genügende Mengen Sodiumhydrat und ein Kristall Sodium nitroprussiate hinzugesetzt; durch nunmehriges Hinzufügen von Eisessigsäure zeigt sich die Anwesenheit von Azeton durch einen purpurfarbenen

Schaum. Die Gegenwart von Acid. diaceticum manifestiert sich durch eine burgunderrote Färbung, welche bei Zusatz einer stark verdünnten Eisenchloridlösung im Urin eintritt.

Die Ätiologie des Auftretens der genannten Säuren im Urin ist dunkel; nach einigen Autoren soll die Ursache in Fettsäuren beruhen, welche bei rapidem Zerfalle von Eiweiß im Urin gefunden werden; nach anderen soll die herabgeminderte Alkaleszenz des Blutes diese Zustände hervorrufen. Die Symptome sind außer dem süßlichen Mundgeruch: Apathie, schwacher Puls, Unruhe, Erbrechen; in schweren Fällen Cyanose und Stupor. Die Urinmenge ist in schweren Fällen vermindert. Es gibt leichte und schwere Krankheitsfälle dieser Art; die ersteren bessern sich innerhalb 2—3 Tagen, die letzteren endigen meistens tödlich.

Die Behandlung ist symptomatisch und stimulierend. Natr. bicarb. in größeren Dosen hatte keinen besonderen Erfolg; mehr schon das Adrenalin. chlorid., welches subkutan in einer Lösung von 1:50000, und zwar bei Kindern 200 ccm, bei Erwachsenen 500 ccm verabfolgt wurde. Gegen den Durst wurden mit Erfolg Kochsalzeingießungen in den Darm gegeben.

Nach K. ist der Anstieg von Azeton im Urin immer ein Zeichen für die Schwere der Krankheit. Die 46 beobachteten Fälle werden kurz am Schluß der Arbeit beschrieben.

Herhold (Altona).

20) C. **Tonarelli** (Florenz). Contributo allo studio clinico ed istologico dei tumori dei muscoli.

(Clinica chirurgica Bd. X. Nr. 11.)

Bei einem 67jährigen Mann entstand spontan am rechten Vorderarm eine Geschwulst, welche innerhalb weniger Wochen rapid anwuchs und im Gebiete des Radialis Parästhesien auslöste. Pat. war im allgemeinen herabgekommen, doch war kein anderes Lokalleiden nachweisbar. — Die Geschwulst nahm das obere äußere Drittel des Vorderarmes ein, saß unter unveränderter Haut, die übrigen Teile des Armes, die Gelenke und ihre Funktionen waren normal, weder Cubital- noch Achseldrüsen tastbar. Die Geschwulst gehörte der Muskelmasse an, war gleichmäßig derb und nur mit den Muskeln verschieblich. — Eine Jodkur blieb ohne Einwirkung, worauf zur Operation geschritten wurde. Die äußeren Teile der Geschwulst ließen sich leicht auslösen, in der Tiefe aber saß sie fest in den Mm. supinator longus und radialis externus, welche reseziert werden mußten. Nach einigen Monaten waren in der Nähe der Narbe sowie subkutan am Bauch einige Knötchen aufgetreten, der Schwächezustand vorgeschritten, endlich starb der Kranke an Lungenödem. Der Obduktionsbefund ergab Karzinomatose, von einer primären, in den Muskeln sitzenden Geschwulst am Vorderarm ausgehend.

J. Sternberg (Wien).

21) **Kirchner.** Bösartiges Endotheliom.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1905. Hft. 1.)

Ein Unteroffizier erkrankte an Magen-, Kopfschmerzen und Doppelsehen. Im Verlauf eines Monates stellten sich kleine derbe Geschwülste an den verschiedensten Stellen des Körpers ein; sie saßen z. B. am Rumpf in der Haut, ferner in den Drüsen der Hals-, Kiefer- und Leistengegend, in der behaarten Kopfhaut und an der Zungenspitze. Außerdem traten am Kopfe, besonders in der Augengegend, umschriebene Knochenwülste auf; als Folgen solcher in der inneren Augenhöhle sich entwickelnden Knochengeschwülste wurden Augenmuskellähmungen beobachtet. Nach 2monatiger Krankheitsdauer ging Pat. zugrunde. Es zeigte sich, daß sämtliche Knoten und Geschwülste Endotheliome waren. Verf. konnte eine Muttergeschwulst nicht feststellen, glaubt vielmehr, daß es sich um eine im Blute kreisende Schädlichkeit parasitärer Art handelte, welche die Geschwülste an verschiedenen Körperstellen hervorrief.

Herhold (Altona).



22) **Noon.** Cases from Mr. Bruce Clarke's wards.

(St. Bartholomew's hospital report Vol. XL. 1905.)

1) Sarkom des Vorderarmes mit auffallend langsamem Verlauf.

23jährige Pat. Nach einem Schlag auf den Unterarm vor 15 Jahren blieb eine Schwellung zurück, welche nach einem zweiten Trauma vor 9 Jahren ulzerierte; 2 Jahre später ergab die Untersuchung des exzidierten harten Geschwürsrandes Sarkom. Einige Monate später Amputation des Vorderarmes; in der Folge mehrfach Hämatombildung, Ulzerierung und Blutung aus dem Stumpfe, welche im Laufe der nächsten 3 Jahre zwei weitere Amputationen, die letzte im Schultergelenke, notwendig machten. Die mikroskopischen Untersuchungen der Rezidive ergaben Spindelzellensarkom mit anscheinend sehr geringer destruktiver Neigung.

2) Melanotisches Darmsarkom bei einem 54jährigen Manne, welches, ohne besondere Erscheinungen zu machen und ohne zu metastasieren, einen sehr großen Umfang angenommen hatte; die dunkelbraune Geschwulst ging von einem bestimmten Punkte des Dünndarmes aus und hatte auf etwa 8 cm Länge den Darm völlig zerstört, so daß der Kot durch einen, die schwarze mürbe Masse der Geschwulst durchsetzenden Kanal passierte; trotzdem waren nie Erscheinungen von Ileus oder Blutungen vorhanden gewesen. Tod 12 Stunden nach der Probelaparotomie.

3) Die 49jährige Pat. mit alter Femoralhernie hatte 8 Tage vorher einen Hühnerknochen verschluckt; innerhalb einiger Tage entstand an der Bruchstelle eine unbewegliche, auf Druck und spontan schmerzhafte, harte Schwellung mit ödematöser und geröteter Haut, ohne Einklemmungserscheinungen. Bei der Operation fand sich im eröffneten Bruchsack ein fast 4 cm langes Knochenstück, welches aus einer Öffnung in einer strangulierten Darmschlinge hervorsah. Die Laparotomie ergab, daß es sich um eine Richter'sche Hernie mit starken Verwachsungen am Bruchsackhalse handelte. Darmresektion. Heilung.

Mohr (Bielefeld).

23) **Pettit et Mouchet.** Sur un cas de lymphadénome à évolution irrégulière.

(Arch. de méd. expérim. 1905. Nr. 1.)

Fall von Lymphadenom des Halses mit einer eigentümlichen, unregelmäßigen Entwicklung in der Weise, daß scharf begrenzte regressive und progressive Phasen aufeinander folgten. Die 59jährige Pat. hatte zunächst eine umfangreiche Geschwulst über dem unteren Teile des Brustbeines mit Schwellung der Achseldrüsen; 4 Wochen später war jene völlig verschwunden und die Achseldrüsen deutlich kleiner geworden. Wiederum nach einigen Wochen erschien die Geschwulst vor dem Brustbeine von neuem und gleichzeitig mehrfache Geschwülste über der Gegend der Rippen und Schlüsselbeine. 3 Monate später war die prästernale Geschwulst mit der Haut verwachsen, die Drüsenmassen in der rechten Achsel mannskopfgroß, der Busen von harten, rötlichen Knoten durchsetzt, die supraklavikularen Drüsen stark vergrößert, der Allgemeinzustand sehr schlecht. 4 Monate später waren wieder sämtliche Geschwülste spurlos verschwunden, der Allgemeinzustand bedeutend besser, schließlich, 3 Monate später, die Haut wiederum von zahllosen Geschwülsten, über den ganzen Rumpf zerstreut, bedeckt. Von diesem Augenblick an nahmen die Geschwülste und die Kachexie beständig zu, bis zu dem 6 Monate später erfolgenden Tode. Bei der Sektion wurden Metastasen in den Nieren und im Netze gefunden. Der mikroskopische Befund entsprach einem Lymphadenom.

Mohr (Bielefeld).

24) **Elting.** The pathologie and treatment of tetanus.

(Albany med. annals 1904. Nr. 1.)

E. bespricht den augenblicklichen Stand der Pathologie und Behandlung des Tetanus, und berichtet über drei Fälle. Beim ersten handelte es sich um einen Tetanus, der 9 Tage nach einem sehr unsauber ausgeführten künstlichen Abort

einsetzte; es waren hohe Temperatursteigerungen vorhanden, am höchsten zur Zeit, wo die Tetanussymptome deutlich am Abklingen waren. Bemerkenswert sind die hohen Dosen des verwendeten Antitoxins: 2 Tage nach Beginn der ersten Symptome 6stündlich 10 ccm subkutan, später mehrfach 50 bezw. 100 ccm. Am wirksamsten erwiesen sich die nach Lumbalpunktion subdural eingespritzten Dosen, dreimal 50 ccm innerhalb 27 Stunden; vor der jedesmaligen Einspritzung schien Pat. in extremis zu sein, jedesmal 1—3 Stunden später starker Rückgang aller Erscheinungen. Im ganzen wurden etwa 1200 ccm subkutan und 150 ccm subdural eingespritzt, und zwar im Laufe von 16 Tagen. Die größte in 24 Stunden injizierte Menge betrug 300 ccm subkutan, 50 ccm subdural. Heilung.

Im zweiten Falle, einem sehr akut einsetzenden traumatischen Tetanus, wurden erst 36 Stunden nach Beginn mehrfache Dosen von 50 ccm subdural verwendet: auch hier jedesmal rasche Besserung, jedoch plötzlicher Tod in einem schweren Anfalle. Der Autopsiebefund an der subduralen Injektionsstelle zeigte völlig normale Verhältnisse am Rückenmark und seinen Häuten, und bewies also, daß 50 ccm subdural ohne eine erkennbare anatomische Schädigung des Markes eingespritzt werden können. Auch im Leben zeigten sich (wie auch in Fall 1) keinerlei Nebenwirkungen der verwendeten sehr hohen Dosen.

Ein dritter Pat. — sehr akuter traumatischer Tetanus, späte Behandlung — starb trotz hoher Dosen.

Verf. tritt dafür ein, möglichst hohe Antitoxindosen, und zwar bei schweren Fällen neben der subkutanen Einspritzung stets auch subdural, zu verwenden.

Mohr (Bielefeld).

25) **Poenaru-Caplescu.** Beiträge zum Studium des Stovains als lokales und intrarachidianes Anästhetikum.

(Revista de chirurgie 1905. Nr. 1.)

Für die lokale Anästhesie wurde das Stovain in der Klinik von Th. Jonnescu in 24 Fällen angewendet, und wurde in 20 Fällen vollständige Gefühllosigkeit erzielt. Es konnten auf diese Weise verschiedene Eingriffe, wie Exstirpation von Drüsen, Atheromen, eingewachsenem Nagel usw., bei Benutzung von 0,03—0,07 cg Stovain schmerzlos ausgeführt werden. Unangenehme Folgen hat das Mittel in keinem Falle gehabt; nur ein Pat. hat nach dem Eingriffe das Bewußtsein vorübergehend verloren und leichte tonische Kontrakturen gezeigt, was eher den Eindruck eines leichten epileptischen Anfalles gemacht hatte.

Auch durch Einspritzung in den Rückenmarkskanal wird, geradeso wie mit Kokain, Analgesie erzielt, und wurden auf diese Weise 46 Fälle operiert. Diese Einspritzungen bewirken nicht nur Anästhesie, sondern auch eine wirkliche Paraplegie der unteren Extremitäten, welche mit ersterer von gleicher Dauer ist. In einigen Fällen wurde Erbrechen und anale Inkontinenz im Laufe der Operation beobachtet. Kopfschmerzen traten in 9 Fällen auf, waren aber leichter und gingen rascher vorüber als es bei Rachiokokainisierten der Fall ist. Der Puls wird verlangsamt, außerdem hat das Mittel auch vasodilatatorische Eigenschaften.

E. Toff (Braila).

26) Die neuen Chloroformapparate vor der Pariser chirurgischen Gesellschaft und Académie de médecine.

Als langjährigen wissenschaftlichen Mitarbeiter des Drägerwerkes in Lübeck freute es Ref., den Dr. Roth-Dräger'schen Narkosenapparat (an dessen Sauerstoffreduzierventil er mitgewirkt[1]) im Herbst 1902 in Wiesbaden, Genf und London in Hospitälern zu demonstrieren und speziell in Paris einzuführen.

Im Frühjahr 1904 berichtete Kirmisson der Académie de méd. über 229 sehr gute Narkosen im Kinderspital, und Delbet lobte vor der Chirurgischen Ge-

[1] Le mal des altitudes (Höhenkrankheit). Observations faites pendant 13 jours au sommet du Montblanc. Progrès méd. 1900. Nr. 52; 1901. Nr. 4 u. 5.

sellschaft den Apparat dahin, daß er überhaupt die Verantwortung einer Narkose mit der Kompresse nicht mehr auf sich nehmen möchte.

Um bei Gesichtsoperationen die Narkose ohne Maske zu unterhalten, konstruierte Delbet eine Rachen- und Kehlkopfkanüle mit zwei Ausatmungsventilen, welche tadellos funktioniert. Gleichzeitig äußerten sich Lucas-Championnière, Quénu u. a. günstig über den Dr. Roth-Dräger. Ein böser Wind begann zu wehen über die alte, unphysiologische Kompresse; dies benutzten Schüler Paul Bert's, um dessen längst vergessene Titriermethode vermittels verbesserter Apparate wieder aufzuwecken.

Montprofit (Präsident des Pariser Chirurgen-Kongresses 1905) brachte aus London einen Apparat von Vernon-Harcourt, der mit Gemischen narkotisiert von 1—2 Liter Chloroformgas in 100 Liter Luft. (Da 8 g Chloroform 2 Liter Gas bilden, entspricht 8% Gewicht von P. Bert einem 2%igen Volumen.) Ricard fand diese 2%ige (Vol.) Mischung ungenügend für viele Fälle und ließ durch Collin diesen englischen Apparat verbessern. Reynier demonstrierte gleichzeitig einen ähnlichen Apparat, von Dupont verfertigt. Diese drei Apparate bestehen im wesentlichen aus einem Chloroformbehälter; am Deckel sind schließbare Löcher, durch welche Pat. Luft einatmet, welche mehr oder weniger mit Chloroformdämpfen sich sättigt. Eine Scheibenvorrichtung? gestattet bei Ricard-Collin Luft einzuatmen ohne Chloroform; Ventile hindern, die ausgeatmete Luft wieder einzuatmen. Reynier-Dupont hingegen rühmt sich, keine Ventile zu benötigen, hat jedoch ein Thermometer, das bei Vernon-Harcourt ersetzt wird durch zwei schwimmende Kugeln zur Kontrolle der Chloroformtemperatur.

Reynier begann am 24. Januar 1905 die Diskussion folgendermaßen: Man beschuldigt bei Todesfällen zu oft die Empfindlichkeit der Pat., wo man lieber die Art des Narkotisierens anklagen sollte. Paul Bert erklärte folgendermaßen den Chloroformtod: Die Narkose und ihre Erscheinungen sind bedingt durch die Quantität Chloroform, welche in das Blut und in die Gewebe übergeht, und zwar entspricht die Spannung des Chloroforms im Blute ganz genau der Spannung der Chloroformdämpfe in der eingeatmeten Luft. Das will sagen, daß von einem Chloroform-Luftgemisch das Blut solange Chloroform aufnimmt, bis die Spannung der Chloroformdämpfe zwischen Blut und Einatmungsluft sich ausglich. Mit der Kompresse, wenn dieselbe, frisch angefeuchtet, zu nahe auf Mund und Nase gedrückt wird, atmet Pat. beinahe reine Chloroformdämpfe ein, welche direkt Nervenzellen beschädigen und dadurch plötzliche Todesgefahr hervorrufen können. Deshalb müssen Chloroformdämpfe stets mit bestimmten Quantitäten Luft gemischt dem Pat. dargereicht werden; Versuche an Tieren ergeben, daß 30 g Chloroform in 100 Liter Luft (30% Gewicht = 7% Vol.) einen Hund in 3 Minuten tötet, während ein Gemisch von 30 g in 250—300 Liter Luft (10—12% Gewicht = $2^1/_2$—3% Vol.) denselben Hund 3 Stunden in guter Narkose erhält; dann stirbt er. Ein Gemisch von 8 g Chloroform in 100 Liter Luft (= 2% Vol.) erzeugt nur langsam Anästhesie und tötet in 5 Stunden.

Diese Resultate haben sich vollkommen beim Menschen bewährt, und zwar im St. Louis Hospital mit den Apparaten von P. Bert und Raph. Dubois, welche einzig und allein verlassen wurden, weil zu kompliziert und zu teuer; deshalb konstruierte ich mit Dupont diesen handlicheren Apparat, womit ich bereits 125 Narkosen machte.

Ricard sagte: Mit meinem Apparate machte ich 200 gute Narkosen; er sieht dem Reynier-Dupont'schen ähnlich, besitzt jedoch Ventile, welche die Seele des Apparates bilden. Auf die Chloroformtemperatur lege ich keinen Wert; denn die Konzentration des Gemisches ist weit mehr abhängig von Zahl und Tiefe der Atmung; es ist Sache des Chloroformierenden, genau aufzupassen, daß Pat. stets die richtige Quantität Chloroform erhält. Wie mit den anderen Apparaten, ist auch mit meinem der Verlauf der Narkose ein regelmäßiger, das Erwachen leichter, der Chloroformverbrauch ein geringerer als mit der Kompresse. Die Handhabung ist einfach, man braucht nur auf die Ventile aufzupassen, und ohne Zweifel ist die Gefahr der Narkose bedeutend vermindert.

Reynier verurteilt die Atmungsventile; wenn dieselben einmal schlecht funktionieren, ist die ganze Geschichte verdorben; überdies versteht er nicht, wieso Ricard die Chloroformtemperatur vernachlässigen könne: in der gleichmäßigen Verdampfung des Chloroforms, unabhängig von der Atmungsamplitude, liege die Hauptsache seines Apparates, aber die Chloroformtemperatur sei zur genauen Mischung sehr wichtig.

Fig. 1.



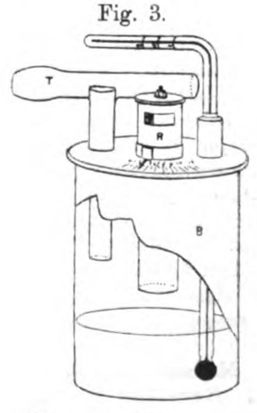
Raphal Dubois (verbesserter Paul Bert).

Fig. 2.



Waller (London). Luftstrom über Flanelldochte mit Chloroform durchtränkt.

Fig. 3.



Reynier-Dupont.

Fig. 4.



Ricard-Collin (verbesserter Vernon-Harcourt).

In der folgenden Sitzung ergriff das Wort

Lucas-Championnière: Wenn die absolut ungefährliche Narkose des Menschen durch bestimmte Gemische so einfach zu erreichen wäre, sei es unbegreiflich, warum die mit großen Kosten angeschafften Apparate P. Bert's so bald in Vergessenheit gerieten. Leider reagieren auf Chloroform nicht alle Pat. auf dieselbe Art und Weise; es ist daher unmöglich, im voraus zu bestimmen, welches Gemisch nötig ist, um den Pat. zu narkotisieren, und welches, um ihn zu töten. Diese »Zone maniable«, d. h. eine bestimmte Konzentration des Gemisches, welches allen Pat. paßt zur Narkose, ohne jemals tödlich zu sein, mag vielleicht für Tiere existieren (wird jedoch von Jaquet [Basel] geleugnet), für den Menschen existiert

dieselbe sicher nicht; abgesehen davon ist die Wirkung der verschiedenen Chloroformarten auf den Menschen eine oft verschiedene, selbst wenn ein chemischer Unterschied nicht konstatiert werden kann. Um sicher zu sein, muß jede Narkose langsam fortschreiten und mit großen Schwankungen der Chloroformdosis vor sich gehen können.

Deshalb müssen alle Apparate verurteilt werden, welche eine mechanisch vorbereitete Mischung von Chloroform und Luft dem Pat. darreichen, wenn man nicht sofort das Chloroform unterdrücken und dessen Dosis bis ins Unendliche verändern kann. Weg mit den Apparaten, von denen man behauptet, daß sie die Narkose ungefährlich machen; sie gestatten vielleicht eine regelmäßigere Chloroformzufuhr und vereinfachen das Narkotisieren, aber die Tätigkeit des Chloroformierenden muß stets die Hauptsache bleiben. Von einer ganz genauen Mischung kann überhaupt die Rede nicht sein, da die Chloroformverdampfung bei diesen Apparaten von der Temperatur und die Konzentration der Mischung von der Atmungsamplitude abhängt.

Ich kenne jedoch einen besseren Apparat, der ein neues Element, den »Sauerstoff«, in die Narkose hineinbringt, den Dr. Roth-Dräger mit Sauerstoffdosierung Dräger-Dr. Guglielminetti.

Dieser Apparat dosiert jeden Augenblick genau das Chloroform, gestattet die Tätigkeit des Chloroformierenden, sorgt für sauerstoffreichere Luftzufuhr und bewährt sich beim Gebrauche ganz vorzüglich. Die Narkosen verlaufen ebensogut als mit den anderen Apparaten. Einen großen Vorteil bilden: die unverändert bleibende rosige Gesichtsfarbe, langsames Einschleichen des Chloroforms, selteneres Erbrechen, verminderte Bronchienreizung, leichteres Erwachen, vollständiges Fehlen von Erstickungsanfällen durch Zungenschlucken, so daß nie mehr die Zungenzange gebraucht wird, während zu derselben Zeit, mit denselben Assistenten, mit demselben Chloroform, bei Narkosen mit der Kompresse die Zunge sehr oft herausgezogen werden mußte. Zudem hört der Chirurg stets seinen Pat. atmen, was äußerst beruhigend ist. Wenn die anderen Apparate einen Fortschritt bilden in der Darreichung des Chloroforms, so gründet Dr. Roth-Dräger eine neue Methode mit vielen Vorteilen, eine Methode, welche durch sich selbst gewisse Gefahren vermeidet, die dem best dosierenden Apparate stets anhängen werden.

Reynier zitierte hierauf eine Chloroformsynkope, weil sein Assistent $^3/_4$ Flasche Chloroform in 5 Minuten auf die Kompresse geschüttet hatte; einige Tage darauf chloroformierte ein besserer Assistent denselben Pat. und es genügte die halbe Flasche Chloroform zu einer $^5/_4$ Stunde langen guten Narkose.

Der unerfahrene Assistent hatte die »Zone maniable«, d. h. die erlaubte Grenze, überschritten, ergo existiert sie.

Den Sauerstoff, dem Lucas-Championnière soviel Gutes zuschreibt, hält er für geradezu gefährlich, da einige Lungen reinen Sauerstoff auf längere Zeit schlecht vertragen.

Lucas-Championnière erwiderte, daß man unmöglich alle Todesfälle durch zu große Chloroformdosis erklären könne; oft sei es der Fall, aber individuell verschiedene Empfindlichkeit existiere ohne Zweifel. Er bestehe deshalb auf dem großen Vorteil des Roth-Dräger'schen sichtbaren Tropfenzählers, der augenblicklich gestattet, das Chloroform zu unterdrücken, was mit dosierten Gemischen nicht so plötzlich der Fall sein kann.

Was den Sauerstoff anlangt, handle es sich um chemisch reinen, nie aber um unverdünnten Sauerstoff, und sei er mit vielen anderen Chirurgen schon seit langen Jahren mit dessen unleugbaren Erfolgen bei der Narkose überzeugt. Er meint sogar, daß Sauerstoff gewisse Chloroformunreinheiten unschädlich machen könne. Als Nachteile des Apparates seien sein Gewicht, seine Kompliziertheit, die Möglichkeit der Verstopfung der engen Röhren zu erwähnen; da er jedoch unstreitig viel mehr Sicherheit gewährt, darf mit seiner Anschaffung nicht gezögert werden, wenn man auch nicht vergessen darf, daß alle Ärzte lernen müssen, auch mit der Kompresse zu narkotisieren.

Routier, Berger und Potherat sprachen der alten Kompresse das Wort. Die Chloroformierenden sollen nicht zuviel auf die Apparate vertrauen. Bei etwas Unachtsamkeit hätte bei Hoffa (Berlin), wie Kirmisson mitteilte, ein Todesfall sich ereignet mit Dr. Roth-Dräger bei einem Pat., der klinisch gar nichts präsentierte, mit 10 Tropfen Chloroform pro Minute plötzlich cyanotisch wurde und starb; bei der Sektion hätte sich gar nichts Abnormes vorgefunden[2].

Delbet und Quénu behaupten, daß natürlich Aufmerksamkeit des Narkotisierenden nötig ist, aber daß Assistenten von gleichem Werte viel schneller und besser chloroformieren mit Roth-Dräger als mit Kompresse.

Tuffier schließt die Diskussion: Es könne nur eine längere Erfahrung über den Wert des Sauerstoffes belehren; bei seinen Blutdruckversuchen mit Hallion waren viel stärkere Schwankungen bei Narkosen mit Kompresse als mit Apparaten, welche Chloroform und Luft mischten und gewissermaßen dosierten.

Guglielminetti (Monte Carlo und Paris).

27) **A. Munteanu** (Bukarest). Abdominale Kontusion; Darmperforation; allgemeine Peritonitis. — Laparotomie. Heilung.

(Spitalul 1905. Nr. 4.)

Der Fall ist wieder ein Beweis dafür, daß selbst bei Verletzungen, welche Kotmassen in die freie Bauchhöhle gelangen lassen, selbst wenn bereits beginnende Peritonitis zu konstatieren ist, doch durch operatives Eingreifen Heilung bewirkt werden kann. Der 31jährige Pat., der an einem rechtsseitigen, schwer reponierbaren Hodensackbruche litt, erhielt einen Faustschlag auf denselben, hatte einen Ohnmachtsanfall, dann große Schmerzen, die binnen wenigen Stunden den ganzen Bauch einnahmen, Erbrechen, kleinen, sehr frequenten Puls, Temperatur 37,8; am 2. Tage 38,7, Puls 120, die Leberdämpfung war verschwunden. Die Laparotomie zeigte ein Stück Netz im Bruchsacke von fast brandigem Aussehen und mit Pseudomembranen bedeckt. Aus dem Bauchraum entleerte sich durch den Leistenkanal eine schmutzige Flüssigkeit, untermischt mit zahlreichen Pseudomembranen; ähnliche Membranen bedeckten das umgebende viszerale und parietale Peritoneum, welches kongestioniert und glanzlos erschien. Im Ileum, in der Nähe des Coecums, eine 50pfennigstückgroße Perforationsöffnung, aus welcher sich Kotmassen in die Bauchhöhle entleerten. Die Öffnung wurde durch eine Längsnaht geschlossen, die Bauchhöhle mit reichlichen Mengen künstlichen Serums ausgespült, drainiert und vernäht. Pat. konnte nach etwa 3 Wochen geheilt entlassen werden.

E. Toff (Braila).

28) **S. Lilienfeld.** Über subkutane Darmverletzung und ihre Behandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 133.)

Verf. teilt folgende fünf Fälle subkutaner Darmverletzung mit:

1) 65jähriger Arbeiter. Schlag mit einer Deichsel gegen den Unterleib. Operation nach 4 Stunden. Quere Durchreißung des Jejunum 1 cm abwärts von der Plica duodeno-jejunalis. Darmresektion. Tod an Peritonitis.

2) Ein Mann wurde von einer einstürzenden Mauer gegen den Bauch getroffen. Operation wurde zunächst verweigert, konnte dann erst bei schon bestehender diffuser Peritonitis vorgenommen werden. Zwei Perforationen des Dünndarmes. Darmresektion, Tod während der Operation.

3) 30jähriger Anstreicher. Fußtritt gegen die rechte Leistengegend. Laparotomie am 4. Tage. Perforation des Ileum. Diffuse Peritonitis. Vorlagerung der verletzten Schlinge, Drainage durch Gegenöffnungen. Tod nach 40 Stunden.

[2] Nach einem Briefe von Geh. Med.-Rat Hoffa fällt dieser Todesfall speziell dem Roth-Dräger gar nicht zur Last; es handelte sich um einen langjährigen Potator, der in der ersten Minute der Narkose verschied. Sektion ergab Atrophia fusca des Herzmuskels.



4) 43jähriger Tischlerwerkmeister. Wurde von der Schmalseite eines durch die Kreissäge fortgeschleuderten Brettes getroffen. Operation etwa 30 Stunden nach der Verletzung. Perforation des Blinddarmes. Allgemeine Peritonitis. Vorlagerung des Blinddarmes, Drainage durch Gegenöffnungen. Heilung.

5) 34jährige Schneidersfrau. Wurde von ihrem Manne gegen eine Bettkante geworfen. Laparotomie nach 4 Tagen. Sugillationen der untersten Ileumschlinge. Allgemeine Peritonitis. Anlegung einer Witzel'schen Fistel am Blinddarme. Tamponade. Heilung. **M. v. Brunn** (Tübingen).

29) **Traver.** Report of 30 operative cases of appendicitis.

(Albany med. annals 1904. Nr. 2.)

Mitteilung einiger ungewöhnlich verlaufener Fälle von operierter Appendicitis.

Appendicitis traumatica. Bei dem vorher stets gesunden Pat. entwickelte sich nach einer schweren Quetschung der Ileocoecalgegend ein großer traumatischer Bruch; in den nächsten Monaten waren andauernd Verstopfung, häufige Schmerzanfälle in der Ileocoecalgegend und eine sehr druckschmerzhafte Geschwulst daselbst vorhanden; 6 Monate nach dem Unfalle trat ein typischer Anfall von akuter Appendicitis auf. Bei der Operation wurden Netz und Därme in der Blinddarmgegend in alte, feste Verwachsungen eingebettet gefunden, Wurmfortsatz perforiert; Heilung. — Für den direkten Zusammenhang der Appendicitis mit dem Trauma spricht 1) die dem Krankheitssitze genau entsprechende Stelle des Traumas, 2) die auf das Trauma folgende entzündliche Geschwulst der Blinddarmgegend, 3) die sofort nach dem Unfall einsetzenden und bis zu dem akuten Anfall andauernden Symptome in der Blinddarmgegend, 4) die bei der Operation gefundenen festen, alten Verwachsungen, während vor dem Unfalle nie eine Entzündung dieser Gegend bestanden hatte. **Mohr** (Bielefeld).

30) **E. Haim.** Über die Perforation des runden Magengeschwürs.

(Sonder-Abdruck aus der Zeitschrift für Heilkunde 1905.)

Wien, **Wilhelm Braumüller,** 1905. 89 S.

H. berichtet über acht in der chirurgischen Abteilung des Kaiser Franz Josef-Spitals in Wien (Lotheissen) zur Beobachtung gelangte Fälle unter Zuziehung und Besprechung der Literatur, und zwar besonders von 72 Fällen, die noch in keiner Statistik zusammengefaßt sind.

Daß die meisten Perforationen bei Frauen bis zum 30. Lebensjahre vorkommen, bei Männern dagegen bis zum 50., erklärt H. einmal aus den nahen Beziehungen der Chlorose zum Magengeschwür, andererseits aus den verschiedentlichen Schädigungen der Lebensweise bei Männern. In beiden Fällen spielt die Hyperchlorhydrie eine große Rolle. Die älteste Pat. mit Perforation in H.'s Statistik ist eine 70jährige Frau, die auch genesen ist.

Die akut perforierende Form der Magengeschwüre muß zu den Seltenheiten gerechnet werden. Eine vorherige Latenz der Symptome ist dagegen nicht so selten. Der Füllungsgrad des Magens scheint für die Perforation keine wesentliche Rolle zu spielen. Perforationen infolge eines direkten Traumas gehören zu den Seltenheiten, häufig sind sie dagegen bei gleichzeitiger Anspannung der Bauchwand und des Zwerchfells (Lastenheben usw.). Mehrmals fand H. vor der Perforation eine auffällige Steigerung der schon lange bestehenden Magenbeschwerden, außerdem auch Erbrechen, Ohnmachtsanfälle u. dgl. Im Verlaufe der Perforationen unterscheidet er drei Phasen: 1) Geschwürsperforation an sich, 2) die mechanische Reizung des Bauchfells seitens des Mageninhaltes, 3) Peritonitis. — Den initialen Schmerz erklärt Verf. als durch Reizung des Peritoneum parietale durch den Mageninhalt hervorgerufen. Erbrechen ist ein häufiges Symptom der Perforation, offenbar durch den Reiz der zerrissenen Serosa hervorgebracht. Blutig ist das Erbrechen nur selten. Reflektorisch wird nach der Perforation die Bauchmuskulatur und der Magen kontrahiert, so daß eine kleine Perforationsstelle jedenfalls für kurze Zeit dadurch geschlossen werden kann. Bei besonders heftigem Kollaps hat es sich in den bearbeiteten Fällen auch meist um besonders große Perforations-

öffnungen gehandelt. Eine Periode des Wohlbefindens nach den ersten stürmischen Erscheinungen ist des öftern beobachtet worden. Spannung der Bauchdecken soll nach Verf. bei Perforationen besonders lange anhalten und gerade auch bei Auftreibung des Leibes noch bestehen bleiben. Dem Fehlen der Leberdämpfung kann kein zu großer Wert beigemessen werden. Das Zeichen von English, daß bei einem allgemeinen Schweißausbruch infolge Magenperforation gerade die Haut des Epigastrium am meisten mit Schweiß bedeckt ist, bedarf noch der Nachprüfung. Das Herz scheint auf die pathologischen Vorgänge im Leibe bei Frauen viel eher zu reagieren als bei Männern.

Hinsichtlich der Operationsaussichten geht aus H.'s Zusammenstellung wieder hervor, daß die Aussichten desto besser sind, je zeitiger zur Operation geschritten wird, und umgekehrt. Außerdem waren auch in H.'s Fällen bei sehr großen Perforationsöffnungen die Aussichten schlechter als bei kleinen. Ferner haben die Perforationen an der Hinterwand und an der kleinen Kurvatur einen langsameren und günstigeren Verlauf als solche der vorderen Magenwand. Auch kommen bei erstgenanntem Sitz öfters abgesackte Abszesse zur Entwicklung; allerdings stellen sich auch öfters Komplikationen ein (Pyämie usw.), an denen die Kranken später zugrunde gehen können. Sicher ist, daß einfache Übernähung der Perforationsstelle zur vollständigen und dauernden Gesundung genügen kann. Auch alleinige Tamponade hat oft genügt, besonders beim Sitz an der kleinen Kurvatur. Empfehlenswert erscheint die Resektion des Geschwürs zusammen mit Gastroenterostomie. Zur Nachbehandlung empfiehlt Verf. stets die Drainage anzuwenden, und zwar auch des kleinen Beckens entweder von der Scheide oder von einem suprapubischen Schnitt aus.

Am Schluß der Arbeit stehen die Krankengeschichten der erwähnten 72 noch nicht statistisch verwerteten Fälle und dann noch ausführlicher die acht Beobachtungen aus dem Kaiser Franz Josef-Spital. **E. Moser** (Zittau).

31) **H. S. Clogg.** Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus.
(Practitioner 1904. November.)

In ausführlicher Weise unter genauer Berücksichtigung der in der Literatur beschriebenen Fälle werden Symptomatologie, Prognose, Therapie besprochen. Verf. ist der Ansicht, daß die Erkrankung durch eine nervöse Störung hervorgerufen wird, die einen Krampf der Pylorusmuskulatur bedingt. Betreffs der Therapie sind vier verschiedene Operationsmethoden erwähnt: Pylorektomie, Loreta's Verfahren der Eröffnung des Magens und Dehnung des Pylorus, Pyloroplastik und Gastroenterostomie. Unter den 33 erwähnten Fällen wurde 6mal die Pyloroplastik ausgeführt mit 4 Heilungen, 10 Todesfällen; 10mal Loreta's Operation mit 6 Heilungen, 4 Todesfällen; 17mal die Gastroenterostomie mit 7 Heilungen, 10 Todesfällen; die einmal von Stiles ausgeführte Pylorektomie wird als zu eingreifend verworfen. Da die Beschwerden durch die Gastroenterostomie am besten beseitigt werden, wird diese Methode am wärmsten empfohlen, und zwar soll die Vereinigung nicht mittels Murphyknopfes, sondern stets durch die Naht hergestellt werden. **Jenckel** (Göttingen).

32) **Shaw and Elting.** Pyloric stenosis in infancy; report of a case.
(Albany med. annals 1905. Nr. 1.)

11monatiges Kind, welches seit 5—6 Monaten häufiger erbrach und stark abmagerte. In letzter Zeit trat regelmäßig 10—30 Minuten nach jeder Mahlzeit Erbrechen ein. Magenspülungen, Diätwechsel, Magensonde ohne Erfolg. Leib eingesunken, Magen erweitert, Pylorusgeschwulst nicht festzustellen. Im Erbrochenen fehlte stets Galle, andauernde Verstopfung. Operationsbefund: Magen stark erweitert, Pylorus auf $2^1/_2$ cm Länge stark verhärtet und verdickt, keinerlei Verwachsungen oder sonstige Zeichen eines entzündlichen Prozesses in der Umgebung. Vordere Gastroenterostomie nach Kocher, Erbrechen nach der ersten Nahrungsaufnahme am nächsten Tage trat nicht ein und hörte innerhalb 4 Wochen allmählich ganz auf. Heilung.

Die Verff. fanden in der Literatur 145 Fälle bei Kindern unter einem Jahre; 66 von diesen wurden durch Autopsie bestätigt, 40 operiert, 27 kamen ohne Operation zur Heilung, 12 starben, ohne daß ein Autopsiebefund vorläge. Bei Besprechung der Pathogenese heben Verff. hervor, daß in 86 Fällen entweder bei der Operation oder bei der Sektion eine wirkliche, starke Verdickung des Pylorus gefunden wurde, daß also die Pfaundler'sche Theorie des Pylorospasmus als einzige Ätiologie des Leidens für viele schwere Fälle nicht zutrifft. Nur 27 von den 104 intern behandelten Kindern genasen (72% Mortalität), dagegen 17 von den 39 chirurgisch behandelten (56% Mortalität). Nur in einem Falle wurde eine Pylorektomie ausgeführt, mit tödlichem Ausgange. Von 19 Gastroenterostomierten kamen 7 durch, von 8 mit Pyloroplastik 5, von 11 mit Loreta'schen Operationen 5. Das geeignetste Verfahren ist die vordere Gastroenterostomie.

Mohr (Bielefeld).

33) **L. A. Diwawin.** Die Gastrostomie nach Marwedel.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

In der Klinik von Bobrow (Moskau) wird prinzipiell nach der Marwedelschen Methode gastrostomiert.

Die Operation wird meist unter Chloroform ausgeführt. Mit der ersten Einfuhr von Nahrung wird mindestens 6 Stunden gewartet, womöglich ein paar Tage. Nach dem 8. Tage (einmal am 16.) wird das Drain definitiv entfernt und die Nahrung mit Hilfe eines Glasrohres, ähnlich einem weiblichen Katheter, eingeführt.

Nach den Erfahrungen Bobrow's hält die Fistel zuverlässig so dicht, daß auch bei Husten und starkem Pressen kein Mageninhalt austritt, was am besten dadurch bewiesen wird, daß niemals Ekzem o. dgl. in der Umgebung der Fistelöffnung beobachtet worden ist. Der Mitteilung liegen acht Fälle zugrunde; ein neunter erlag nach 3 Tagen den durch das Ösophaguskarzinom im Brustkorb angerichteten Verwüstungen. **V. E. Mertens** (Breslau).

34) **N. Pitt.** On some obscure cases of cancer of the stomach, in which the main symptoms have been unconnected with that organ.

(Practitioner 1905. April.)

17 durch die Autopsie sichergestellte Fälle von primärem Magenkarzinom werden beschrieben, bei denen die Erscheinungen seitens des Magens vollkommen fehlten und die Metastasen das Krankheitsbild beherrschten. 7mal bestand starker Ascites und pleuritischer Erguß, in 3 Fällen war der Darm durch Krebsmassen zu einem dicken Knäuel verlötet, in 2 war vollkommener Darmverschluß vorhanden, in 2 anderen Fällen multiple Abszesse innerhalb der Bauchhöhle; 2 hatten zu schwerer Anämie und einer zu einer Geschwulst in der rechten Iliacalgegend geführt, die für eine Ovarialgeschwulst gehalten wurde. Die Ausbreitung des Magenkarzinoms in den benachbarten Lymphwegen wird eingehend besprochen und darauf hingewiesen, daß sehr oft die supraclaviculären Drüsen, besonders linkerseits hinter dem Sternocleidomastoideus, befallen sind und so das erste Symptom für das Bestehen eines Carcinoma ventriculi abgeben. **Jenckel** (Göttingen).

35) **Oberst.** Zur Kenntnis des primären Magensarkoms.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 477.)

Ein 25jähriger Landwirt erkrankte unter Erscheinungen, die mit Bestimmtheit auf ein rundes Magengeschwür zu deuten schienen. Bei der schließlich vorgenommenen Laparotomie fand sich jedoch eine faustgroße Geschwulst der Pylorusgegend, die in die Leber hineingewachsen war. Gastroenterostomie. Tod nach 4 Tagen. Die Sektion ergab keine Metastasen. Histologisch fand sich ein Rundzellensarkom, das vom Bindegewebe der Submucosa seinen Ausgang genommen hatte.

M. v. Brunn (Tübingen).

36) **Ward.** Lipoma of the intestine.

(Albany med. annals 1904. Nr. 1.)

Bericht über drei Fälle von Darmlipom.

Beim ersten wurde nach anhaltenden, für Gallensteinkolik gehaltenen Anfällen eine eiförmige, 10 cm lange Lipommasse durch den After entleert, welche vermutlich von einem Lipom an der Innenfläche des Darmes stammte.

Die beiden anderen Kranken kamen zur Operation:

1) 50jährige Frau mit andauernden Leibschmerzen und Verstopfung. Bei der Operation fand sich eine Darminvagination und an der Spitze der eintretenden Schlinge eine Geschwulst im Darminnern. Resektion der Invagination. Die Geschwulst war ein 6 cm langes Lipom des Jejunums. Heilung.

2) 29jährige Pat., welche seit einem Jahr an Kolikanfällen mit Verstopfung litt, die als Appendicitis gedeutet wurden. In der rechten Darmbeingrube eine orangengroße, bewegliche, anscheinend dem Blinddarm angehörige Geschwulst: es bestand keine Kachexie. Operationsbefund: Geschwulst nahe der Ileocoecalklappe, welche breit von der Submucosa ausging und gegen die Darmlichtung vorsprang; sie wurde nach Inzision des Darmes exstirpiert und die Darmwunde wieder geschlossen. 8 cm langes Lipom. Heilung.

Aus der Zusammenstellung von 34 Literaturfällen (10mal spontaner Abgang, 9mal Autopsiebefund, die übrigen operiert) erhellt, daß die Geschwulst je 1mal in der Speiseröhre und im Magen saß, je 2mal im Dünndarme (nicht genauer festgestellt), der Flexur und im Mastdarme, je 4mal im Duodenum und Jejunum, je 5mal im Ileum und Kolon, 2mal retrorektal; der häufigste Sitz ist also im Dünndarme. Darminvagination wurde 12mal beobachtet. Die Exzision der Geschwulst aus dem Darme wurde 13mal ohne Todesfall ausgeführt, wogegen von 5 Fällen von Darmresektion 2 tödlich endeten. **Mohr** (Bielefeld).

37) **M. Donati.** Sopra un caso di carcinoma primitivo dei dotti biliari alla porta hepatis.

(Arch. per le scienze med. Bd. XXVIII.)

D. beschreibt einen Fall von primärem Karzinom am Zusammenfluß des Ductus cysticus, hepaticus und choledochus. Die 38jährige Frau wurde wegen vollständigen Gallenverschlusses operiert; da sich kein Stein, sondern die Geschwulst vorfand, wurde die Cholecystostomie ausgeführt. Tod 5 Wochen darauf an Inanition. Die Geschwulst zeigte eine hochgradige interstitielle Bindegewebsentwicklung; die relativ geringen epithelialen Massen waren meist zylindrisch, teils kubisch abgeplattet. D. hat 33 analoge Fälle in der Literatur gefunden und versucht sie als »C. del punto di confluenza dei grossi dotti biliari« von den anderen Geschwülsten der Gallenwege zu sondern. **A. Most** (Breslau).

38) **T. Jonnescu** (Bukarest). Hydatidencyste des Pankreas.

(Chirurgische Gesellschaft in Bukarest, Sitzung vom 17. November 1904.)

Der betreffende 44jährige Kranke bot eine etwa orangengroße Geschwulst zwischen Epigastrium und rechtem Hypochondrium dar. Die transversale Beweglichkeit war ziemlich groß, vertikal bewegte sie sich inspiratorisch mit der Leber. Der Allgemeinzustand des Kranken war ein schlechter, kachektischer, es hatte sich Ikterus entwickelt und gingen Fette unverdaut mit dem Kot ab. Bei der Operation fand man eine Echinokokkencyste des Pankreaskopfes, die während der Manipulationen einriß. Die Membran wurde extrahiert, der Inhalt der Höhle mit sterilen Kompressen ausgewischt und das Ganze genäht und versenkt. Nach dem Eingriffe verschwand der Ikterus, der Zustand besserte sich, auch die Verdauung von Fetten wurde eine bessere. **E. Toff** (Braila).

39) **Traver.** Cysts of the mesentery.

(Albany med. annals 1904. Nr. 1.)

Das 5jährige Kind erhielt vor 2 Jahren einen starken Stoß gegen den Leib; seit einem Monat Anschwellung des Leibes; weiche, elastische, frei bewegliche

Geschwulst in der Nabelgegend, einige Monate darauf akute Ileuserscheinungen. Die Operation zeigte eine Gekröscyste, welche sich so um sich selbst gedreht hatte, daß die zugehörige Darmschlinge verschlossen war; außerdem wurden drei kleinere Cysten gefunden. Darmresektion mitsamt der Cyste, Tod. Inhalt der Cyste: eiweißhaltiges, alkalisches Serum, mikroskopisch zahlreich Cholestearinkristalle; die Wandung bestand aus hyalinem Bindegewebe (1 Abbildung).

Mohr (Bielefeld).

40) **H. Balme** and **A. Reid.** Notes on achondroplasia (chondrodystrophia foetalis).

(Practitioner 1904. Dezember.)

Beschreibung eines Falles von Achondroplasie, bei dem in ausgesprochener Weise die Verkürzung der Extremitäten im Verhältnis zum normal entwickelten Rumpfe, die Breite der Knochen, die pilzförmige Verbreiterung der Diaphysenenden an Armen und Beinen, die Größe und Breite des Schädels zutage trat. Im Gegensatze zu Rachitis ist die Epiphyse frei von Veränderungen, die Knorpelfuge normal entwickelt und scharf, wie die der Arbeit beigefügten Röntgenbilder zeigen. An den Händen und Füßen waren die Karpal- resp. Tarsalknochen normal, die Metakarpen und Phalangen jedoch verkümmert und verbreitert. Interessant ist die Vorgeschichte. Die Mutter des 12jährigen Knaben war 44 Jahre alt, als sie dem Pat. das Leben schenkte; sie hatte neunmal geboren, zuletzt vor 6 Jahren im 3. Monat abortiert. Von den lebend zur Welt gebrachten acht Kindern starben zwei an Konvulsionen, eins an Diphtherie, eins an Masern und Bronchitis, die übrigen vier sind gesund. Während der letzten Schwangerschaft blieb die Menstruation nicht aus, war regelmäßig alle 4 Wochen. Der Knabe ward in Steißlage geboren und zeigte einen kolossalen Kopf sowie sehr dünne Extremitäten. Die ersten Gehversuche wurden im Alter von 1 Jahr 9 Monaten angestellt, da das Kind sehr fett war. Später rasche Entwicklung. Mit 10 Jahren wurde der Knabe erst in die Schule geschickt, da er vorher wegen seines Aussehens zu sehr von den anderen Kindern geneckt und verspottet wurde. Aus den der Arbeit beigefügten Abbildungen sind die Veränderungen gut ersichtlich. **Jenckel** (Göttingen).

41) **N. Raw.** Scurvey rickets with spontaneous fracture of three long bones.

(Practitioner 1904. Dezember.)

Beschreibung eines zum Tode führenden Falles von Barlow'scher Krankheit bei einem 2jährigen Kinde. Über dem linken Parietal- und Occipitalbeine befand sich eine enorme Schwellung, die bei der Inzision helles flüssiges Blut erkennen ließ. Drei ähnliche Schwellungen wurden über dem linken Humeruskopfe, der Mitte der linken Hüfte und im unteren Drittel der rechten Tibia gefunden. An diesen drei Stellen ließen sich subperiostale Hämorrhagien sowie Spontanfrakturen der sehr weichen Knochen nachweisen. Der Magen zeigte bei der Autopsie in toto eine eigenartige weiche, fahlgelbe, gelatinöse Beschaffenheit.

Jenckel (Göttingen).

42) **Lissauer.** Ein Fall von Ostitis fibrosa.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1905. Nr. 2.)

Ein 36jähriger Mann, der 8 Jahre zuvor an Malaria gelitten, nie syphilitisch war, dagegen ein myelogenes Sarkom am Mittelglied des rechten Zeigefingers hatte, seit 8 Jahren über immer schlechter werdendes Gehvermögen klagt, zusehends kleiner wird, schließlich beim Besteigen der Straßenbahn durch Fall einen Schenkelhalsbruch erleidet, stirbt 3 Jahre später, ohne je wieder recht gehfähig geworden zu sein. Unter schlagartigen Schmerzanfällen traten Knochenverdickungen auf: nach dem Röntgenbilde periostale Auftreibung mit subperiostalen, aufgehellten Streifen am Schienbein. An der Speiche fand L. »eine ganze Reihe von kleinen Verdickungen, die perlschnurartig aneinander saßen«. Spontanfraktur des linken Unterschenkels. L. empfahl die Unfallrente.

Die Obduktion wurde nicht gemacht! Sie »beschränkte sich auf die Herausnahme einiger (!) Knochenstücke«.

Herr Dr. Fischer (Bonn) berichtet über diese: »An allen finden sich die Zeichen hochgradigen Knochenschwundes mit gleichzeitiger Umwandlung des Knochenmarkes in faseriges, von zahlreichen alten und frischen Blutungen durchsetztes Gewebe. Am Finger findet sich im Knochenmark ein Riesenzellensarkom; doch zeigen die anderen Knochen keinerlei Metastasen dieses Tumors«. »Makroskopisch zeigten, nach L., die erkrankten Partien ein weiches, blaurötliches Gewebe, das an der Peripherie von einer dünnen Knochenschale umgeben war. Die Knochen waren außerordentlich brüchig«. Fraktur des Humerus an der Leiche.

L. sagt: »Nach dem Sektionsbefunde kann es wohl keinem Zweifel unterliegen, daß wir es mit einem reinen Falle von Ostitis deformans sive fibrosa zu tun haben« und »obwohl der Fingertumor Sarkomatose wahrscheinlich machte, so hat der Sektionsbefund auch dies widerlegt«.

Dazu muß Referent bemerken, daß diese Sätze kein pathologischer Anatom rückhaltlos unterschreiben wird. **Stolper** (Göttingen).

43) Wissenschaftliche Mitteilungen der Heilanstalt für Unfallverletzte in Breslau.

Den Leserkreis des Zentralblattes werden aus dieser Festschrift anläßlich der Übersiedelung in ein neues Eigenheim vornehmlich die Beiträge von Heintze und von dem leider so früh dahingegangenen H. Wagner interessieren.

H. berichtet einmal über den funktionellen Erfolg ausgedehnter Thiersch'scher Transplantationen bei Unfallverletzten, sowie über 26 Fälle von Pseudarthrose, die meist durch Knochennaht zur Heilung gebracht wurden. Photographien und Röntgenbilder demonstrierten die recht guten Resultate.

Ein selten großes Material aber liegt zugrunde der Arbeit von Heintze, »Über die operative Behandlung veralteter Ellbogenverletzungen«, die ebenfalls mit Röntgenbildern erläutert wird. Die Erfolge nehmen mit den besten von Bunge mitgeteilten Resultaten den Vergleich auf. In allen 6 Fällen wurde dem Arm eine leidliche Gebrauchsfähigkeit wiedergegeben. Es handelte sich immer um mehr oder weniger ausgedehnte Frakturen des unteren Oberarmbeinendes; zweimal war damit eine Verrenkung des Unterarmes nach hinten verbunden. Stets wurde die Resektion nach Bruns — partielle Resektion des unteren Humerusendes von einem Bilateralschnitt aus — gemacht; schon nach 8 Tagen wurde der erste, feste Gipsverband durch einen mit feststellbaren Scharnieren ersetzt. Mehrmals täglich wurde die Stellung des Armes geändert, vom 12. Tage ab begannen bereits aktive Bewegungen, verbunden mit passiven Beugungen und Streckungen durch elastischen Zug und Gewichtsbelastung. In 3 Wochen heilten die Wunden.

W.'s Beitrag behandelt die Differentialdiagnose von Arthritis tuberculosa und Arthropathie tabétique im Röntgenbilde des Mittelfußes.

Stolper (Göttingen).

44) **Cobb.** Interscapulothoracic amputation.

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

Wegen eines periostalen Riesenzellensarkoms wurde nach der Methode Berger's der ganze Schultergürtel nach vorheriger Resektion des äußeren Drittels des Schlüsselbeines und Unterbindung der A. und V. subclavia entfernt. In die Nervenstämme des Plex. brachialis wurden vor der Durchschneidung einige Tropfen einer schwachen Kokainlösung injiziert, um etwaige chokartige Erscheinungen zu vermeiden. Pat. erfreute sich 7 Monate hindurch ungetrübten Wohlseins; dann ging er an einer metastatischen Pleuritis zugrunde.

In dem entfernten Schultergürtel sah man einige Venen thrombosiert, und glaubt Verf., daß diese Thromben die Veranlassung für die Metastase gewesen seien. Pat. hatte die Operation erst vornehmen lassen, als aus der Geschwulst des

Armes ein Stück geschnitten und mikroskopisch die bösartige Neubildung festgestellt war. C. meint, daß diese vorherige Inzision die Veranlassung zu den Thromben und damit auch zu der Metastase gegeben habe.

Herhold (Altona).

45) **Nota.** Un caso di osteosarcoma della scapola sinistra; asportazione completa dell' osso.

(Giorn. di R. accad. di med. di Torino 1904. Nr. 11 u. 12.)

Bei einem 46jährigen Manne fand N. ein enormes Osteosarkom des Schulterblattes, welches wahrscheinlich von der Basis der Spina scapulae seinen Ausgang genommen hatte. N. exstirpierte das ganze Schulterblatt mit Erhaltung der oberen Extremität; die Bicepssehne wird an den Trapezius nahe am Schlüsselbein genäht, der Delta mit dem Trapezius und beide mit dem Rhomboides, Teretes usw., kurz alle Muskeln sorgfältig in Schichten vereinigt; die Gelenkkapsel wird ebenfalls an den Trapezius genäht. Nach der Heilung vermochte Pat., wie Abbildungen zeigen, den Arm aktiv um etwa 30° zu abduzieren, wenn die Hand sich dabei auf den Thorax stützte, ferner die Rückfläche der Hand hinten bis zum Kreuz zu bringen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

46) **F. Kohlhaase.** Beitrag zur operativen Behandlung der habituellen Schultergelenksluxation.

Inaug.-Diss., Rostock, 1904.

Den von Francke besprochenen Fällen von habitueller Schulterverrenkung fügt Verf. eine Zusammenstellung der während der Jahre 1898—1904 erschienenen einschlägigen Veröffentlichungen, sowie zwei Beobachtungen der Rostocker chirurgischen Klinik hinzu, bei welchen die Gelenkkapsel freigelegt und durch Raffnähte verkleinert wurde. Der eine, nach 4 Monaten nachuntersucht, war geheilt geblieben. — Verf. kommt, wie Francke, zu dem Schluß, daß die Hauptursache für die habituelle Schulterverrenkung in der Kapselerweiterung zu suchen ist. Die 16 bekannt gewordenen Operationen, u. zw. sowohl die Exzision, als das Übereinandernähen der Wundränder und die Faltung, führten zu einem funktionell guten Ergebnis, soweit bei der zum Teil nur kurzen Beobachtungsfrist ein abschließendes Urteil möglich ist. Wo infolge des Abbruches größerer oder kleinerer Stücke des Pfannenrandes eine einfache Kapselverkleinerung nicht ausreicht, ist die Hildebrand'sche Operation der Pfannenvertiefung am Platze.

G. Schmidt (Berlin).

47) **C. Deutschländer.** Über Automobilfrakturen.

(Sonderabdruck a. d. Zentralblatt für phys. Therapie, Diätetik usw. 1905. Januar.)

D. beobachtete zwei Kontusionsverletzungen des pronierten distalen Unterarmgebietes durch den Rückschlag der Automobilkurbel beim Andrehen des Motors. Bei dem einen 19jährigen Kranken heite die dadurch hervorgerufene Lösung der unteren Radiusepiphyse, da keine erhebliche Verschiebung bestand, unter der sofort eingeleiteten Bewegungs- und Massagekur anatomisch und funktionell gut aus. Bei dem zweiten Kranken waren beide Vorderarmknochen in der unteren Epiphysengegend gebrochen und stark verschoben. Doch wurde auch hier nach den gleichen Behandlungsgrundsätzen ein leidliches Ergebnis erzielt. — Röntgenbilder sind beigefügt. Verf. betont ihren Wert bei der richtigen Erkennung dieser Automobilkontusionen. **G. Schmidt** (Berlin).

48) **Russ.** Fracture of the carpal scaphoid, with habitual dislocation of the central fragment.

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

Es handelt sich in dem vorliegenden Falle, wie durch das Röntgenbild nachgewiesen wurde, um einen alten, durch Pseudarthrose geheilten Bruch des Kahn-

beines. Das proximale, etwa erbsengroße Bruchstück konnte bei gewissen Bewegungen der Hand deutlich fühlbar verschoben und ebenso leicht wieder in seine alte Stellung zurückgebracht werden. Besondere Beschwerden hatte Pat. beim Arbeiten nicht. **Herhold** (Altona).

49) **N. Athanasecu.** Ein Fall von innerer Blutung und Beckenfraktur, Laparotomie, Ligatur der Iliaca int., Heilung.

(Spitalul 1905. Nr. 4.)

Obige Verletzung entstand durch ein rollendes Faß, welches den 16jährigen Pat. gegen ein anderes, feststehendes, gedrückt hatte. Die Blutung hatte das ganze, die Arteria iliaca interna umgebende Bindegewebe infiltriert und war bis hoch hinauf in die Gewebe gedrungen. In den ersten Tagen nach der Operation war die Schwäche, trotz vorgenommener Einspritzungen künstlichen Serums, eine sehr große, doch erholte sich Pat. und wurde, mit Ausnahme einer leichten Beckendifformität infolge der stattgehabten Fraktur des Os pubis, vollkommen wieder hergestellt. **E. Toff** (Braila).

50) **F. Hesse.** Ein Fall von Fractura pelvis mit Luxatio centralis.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Verf. berichtet über einen in der Kieler chirurgischen Klinik beobachteten Fall von Pfannenbruch mit Verlagerung des unversehrten Schenkelkopfes und der Beckenbruchstücke nach innen (Ursache: Sturz 15 m herab mit der Hüfte auf eine feste Unterlage). Obgleich alsbald in Narkose der Schenkel in normale Stellung gebracht und dann längere Zeit Zugverbände angelegt wurden, war nach 6 Wochen nach dem Röntgenbild eine erhebliche Verbesserung der Stellung der Bruchstücke nicht eingetreten. Verkürzung 1,5 cm; aktive Beweglichkeit stark beschränkt. — In der klinischen Bewertung der einzelnen Krankheitszeichen nehmen einen großen Teil die differentialdiagnostischen Erörterungen, insbesondere gegenüber Schenkelhalsbruch ein. **G. Schmidt** (Berlin).

51) **O. E. Rechenberg.** Ein Fall von Luxatio femoris centralis.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904. 25 S.

Einer Zusammenstellung der bisher in der Literatur niedergelegten Beobachtungen von zentraler Hüftgelenksverrenkung fügt R. einen Fall der Kieler chirurgischen Klinik hinzu. Das beigegebene Röntgenbild zeigt eine gänzliche Zusammenhangstrennung der Pfannengegend mit starker Verschiebung der Bruchstücke und des Schenkelkopfes. Trotz der Schwere der Verletzung wurde durch schonende Reposition in Narkose und Zugverband ein leidliches Ergebnis erzielt.

G. Schmidt (Berlin).

52) **G. Ninni** (Neapel). Disarticolazione della coscia destra per mixosarcoma telangettasico del femore a decorso febbrile rapidissimo.

(Giorn. internat. delle soc. med. T. XXVI. 1904.)

Bei einem 15jährigen Knaben, der sich bei einem geringfügigen Anlaß einen Oberschenkelbruch zugezogen hatte, zeigte sich als Ursache desselben ein außerordentlich rasch wachsendes Sarkom mit Blutungen in die Geschwulst und hohem Fieber. N. exartikulierte das Bein in der Hüfte auf folgende Weise: Hohe Unterbindung der Vasa cruralia mittels Längsschnitt. Von diesem aus Durchtrennung der Haut und Fascie zirkulär, mit etwas peripher gerichtetem Bogen, so daß der Schnitt etwa 17 cm unterhalb der Gesäßfalte fällt. Im Niveau der retrahierten Haut Durchtrennung der oberflächlicheren Muskellagen; ein Assistent faßt die stärker blutenden Stellen mit langen Klemmen. Ebenso Durchtrennung der tiefen Muskeln im Retraktionsniveau. Ablösung der Muskelansätze von den Trochanteren und Eröffnung der Kapsel mit demselben Messer. Luxation des Femurkopfes. Auslösung des Gliedes hart am Knochen. Der anämische Kranke überstand die Operation gut. Auch in einem zweiten Falle (septische Gangrän) bewährte sich

dieser — sich übrigens an bekannte Methoden wohl eng anlehnende — Operationsmodus gut. **A. Most** (Breslau).

53) **M. v. Brunn.** Coxa vara im Gefolge von Ostitis fibrosa.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 344.)

Bei einem 10jährigen, ungewöhnlich entwickelten Mädchen, das in seinem 4. Lebensjahre nacheinander beide Oberschenkel und im 9. Jahre den rechten Unterschenkel gebrochen hatte, waren vom 7. Lebensjahre ab Verkrümmungen der Oberschenkel entstanden, die zur Zeit der Aufnahme zu einer geradezu monströsen Verunstaltung im Sinne einer Coxa vara geführt hatten. Die Beine kreuzten sich derart, daß bei maximaler Abduktion die Entfernung der einander zugekehrten äußeren Knöchel 19,5 cm betrug. Die genauere Untersuchung mittels Röntgenbild ergab, daß an der Verbiegung der Schenkelhals nur z. T. schuld war. Die stärkste Verbiegung lag beiderseits subtrochanter. Auf der rechten Seite wurde die Stellung durch subtrochantere Keilosteotomie verbessert, wodurch Material zur histologischen Untersuchung gewonnen wurde. Diese ergab eine Rarefizierung der Knochensubstanz durch wucherndes Bindegewebe, das alle Markräume ausfüllte. Am linken Beine trat eine Spontanluxation im Hüftgelenk ein, wodurch sich die Stellung erheblich besserte. (Selbstbericht.)

54) **H. Sommer.** Zur Frage der Resektion bei malignen Knochengeschwülsten der unteren Extremität.
Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Wegen eines vom Mark ausgegangenen Rund- und Spindelzellensarkoms wurden einer jungen Frau in der Kieler chirurgischen Klinik 15 cm des Femur reseziert und die Knochenenden mittels eines Elfenbeinstiftes vereinigt. 2 Jahre später ließ sich an der Operationsstelle immer noch abnorme Beweglichkeit nachweisen; doch war kein Rezidiv aufgetreten, obwohl damals die in die Kniekehle eingebrochene Neubildung nur mit Mühe von den großen Gefäßen losgelöst werden konnte. — Die Resektion gibt bei sorgfältiger Auswahl deutlich abgegrenzter Fälle nicht mehr Rezidive als die anderen Verfahren, wohl aber eine erheblich bessere Funktion. Auch gibt der Kranke eher dazu seine Zustimmung. Das Auftreten von Metastasen vermögen auch die eingreifenderen Operationen nicht zu verhindern. Selbst die prognostisch ungünstigeren periostalen Sarkome sind der Resektion zugänglich, so lange sie noch abgegrenzt sind. Die Ausdehnung der vorzunehmenden Resektion stellt nur in Ausnahmefällen eine Gegenanzeige dar.
G. Schmidt (Berlin).

55) **Gessner.** The Matas operation for aneurism.
(Annals of surgery 1905. Nr. 1.)

Verf. führte bei einem an Aneurysma der Kniekehle leidenden Neger die von Matas angegebene Operation aus, über welche im Zentralblatte bereits referiert ist und welche darin besteht, daß nach Spaltung des Sackes unter Esmarch's Blutleere die Öffnungen der in das Aneurysma mündenden großen Gefäße im Grunde des Sackes mit Chromcatgut genäht werden. Die gespaltene Wand des Sackes wurde zur Hälfte genäht und das Übrige mit Gaze austamponiert. Nach Lösung des Schlauches mußten noch einige Gefäße unterbunden werden, im übrigen verlief die Operation günstig, und konnte Pat. später umhergehen, ohne daß eine Pulsation in der Kniekehle zu fühlen war, und ohne daß das operierte Bein erheblich anschwoll. **Herhold** (Altona).

56) **H. Köhler.** Zur Kasuistik der seitlichen Kniegelenksluxation.
Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Bei einer Frau entstand durch einen Fall 2,5 m herab eine völlige Verrenkung des Unterschenkels nach außen bis zu beinahe rechtwinkliger Valgusstellung. Die

Einrichtung gelang ohne Narkose und ohne Morphium. Durch bald einsetzende vorsichtige Bewegungs- und Übungsbehandlung wurde im Laufe mehrerer Monate fast völlige Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit des Knies erzielt. Verf. nimmt an, daß die Kreuzbänder und das innere Seitenband zerrissen waren.

G. Schmidt (Berlin).

57) **J. Heim.** 43 Fälle von Genu valgum adolescentium.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

In der Kieler chirurgischen Klinik kommt das Redressement des Genu valgum bei geringerer Deformität, bei jüngeren Menschen, beim Sitz der Verkrümmung in der Tibia zur Anwendung (20 Fälle). Ältere Personen, schwerere Verbildungen werden der suprakondylären Osteotomie unterzogen (23 Fälle). Diese lieferte stets ein glänzendes Ergebnis, das sich auch bei der Nachprüfung von Bestand zeigte. Dagegen bewährte sich das Redressement nur bei ganz geringer Valgusstellung (bis zu 15°).

G. Schmidt (Berlin).

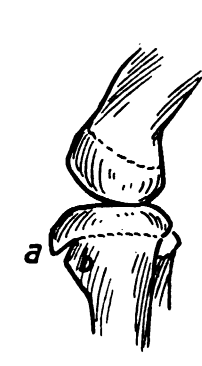
58) **Huntington.** Case of bone transference.

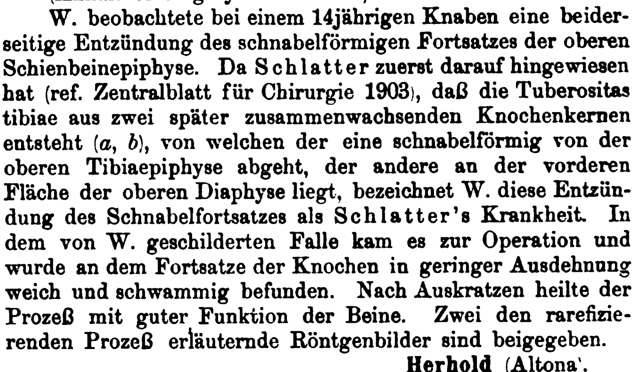
(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

Infolge Osteomyelitis war bei einem Kinde die ganze Schienbeindiaphyse verloren, so daß obere und untere Epiphyse 5 Zoll voneinander entfernt standen. H. durchsägte nun die Fibula in der Höhe des unteren Randes der oberen Epiphyse und pflanzte das herübergebogene untere Wadenbeinstück in die obere Schienbeinepiphyse. Mit dem Erfolge noch nicht zufrieden, überpflanzte er dann nach 9 Monaten auch in ähnlicher Weise das untere Wadenbeinende. Der überpflanzte Knochen nahm nach und nach erheblich an Länge und Dicke zu, so daß Pat. in fast normaler Weise gehen und laufen konnte.

Herhold (Altona).

59) **Winslow.** Symmetrical inflammation of the epiphyseal beak of the tibia.





(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

W. beobachtete bei einem 14jährigen Knaben eine beiderseitige Entzündung des schnabelförmigen Fortsatzes der oberen Schienbeinepiphyse. Da Schlatter zuerst darauf hingewiesen hat (ref. Zentralblatt für Chirurgie 1903), daß die Tuberositas tibiae aus zwei später zusammenwachsenden Knochenkernen entsteht (*a*, *b*), von welchen der eine schnabelförmig von der oberen Tibiaepiphyse abgeht, der andere an der vorderen Fläche der oberen Diaphyse liegt, bezeichnet W. diese Entzündung des Schnabelfortsatzes als Schlatter's Krankheit. In dem von W. geschilderten Falle kam es zur Operation und wurde an dem Fortsatze der Knochen in geringer Ausdehnung weich und schwammig befunden. Nach Auskratzen heilte der Prozeß mit guter Funktion der Beine. Zwei den rarefizierenden Prozeß erläuternde Röntgenbilder sind beigegeben.

Herhold (Altona).

60) **Lissauer.** Sekundäre Verbiegung des Unterschenkels nach Fraktur.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1905. Nr. 3.)

Ein 20jähriger Arbeiter mit Bruch beider Unterschenkelknochen trat 5 Monate nach der Verletzung wieder in Arbeit, hatte keine wesentliche Dislokation und war mit 10% Rente zufrieden. $1^1/_2$ Jahr später wurde die Bruchstelle empfindlich für Druck und Belastung, fühlte sich heiß an, in der Tiefe kleine Verdickungen. Keine Weichheit des Knochens. Ein weiteres Jahr später »starke« Verbiegung des Knochens, der »rekurviert«. L. sieht es als eine Ostitis mit Schwund der Kalksalze an und setzt den Fall in Analogie mit der rarefizierenden Ostitis der Wirbelsäule von Kümmell. (Ob mit Recht, bleibt dahingestellt. Ref.)

Stolper (Göttingen).

61) **Bettmann** (Leipzig). Über eine Absplitterung aus der Corticalis des rechten Fersenbeines.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1905. Nr. 3.)

B. bezeichnet seine Mitteilung als einen Beitrag zur Vielgestaltigkeit der Fersenbeinbrüche und bezeichnet seine Verletzung als einen Kompressionsbruch des Fersenbeines. Es ist nach dem Röntgenbilde ein längliches Knochengebilde, an der Unterfläche desselben gelappt, das mit der Spitze nach der Spitze des Fußes sieht, nach hinten in das Tuber calcanei übergeht. Es war alsbald nach dem Unfall nicht nachweisbar, erst $1^1/_4$ Jahr später, als der Pat. immer lebhafter über Beschwerden klagte, fand B. es, durch Tastung und Röntgen. Pat. war von einer Stufe abgerutscht, mit dem rechten Fuße nach außen umgeknickt. Die Deutung als Kompressionsbruch ist deshalb nach des Ref. Ansicht anfechtbar. Sollte es sich nicht vielmehr um Abriß eines Fragmentchens durch das Kapselband zwischen Kahn- und Fersenbein handeln, wodurch ein ossifizierender Prozeß in diesem ausgelöst wurde?

Die operative Entfernung des Knochenstückchens erzielte Heilung.

Stolper (Göttingen).

62) **Trendel.** Über die Luxatio pedis sub talo.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 360.)

Aus der v. Bruns'schen Klinik teilt Verf. eine komplizierte Luxatio pedis sub talo nach innen mit gleichzeitiger Fraktur des Collum tali mit, bei der erst nach Exstirpation des Talus die Reposition gelang. Im Anschluß daran referiert er über die in der Literatur bisher niedergelegten Beobachtungen. Es sind das 70 Verrenkungen in seitlicher Richtung (40 nach innen, 16 nach außen, 9 nach innen und hinten, 5 nach außen und hinten) und 12 in sagittaler Richtung (7 nach hinten, 5 nach vorn). Eine statistische Übersicht über diese Fälle und eine Würdigung der einschlägigen anatomischen Verhältnisse vervollständigt die Arbeit. Frakturen scheinen sich mit der Luxatio pedis sub talo häufiger zu verbinden, als man bisher wußte. **M. v. Brunn** (Tübingen).

63) **M. Schwarzschild.** Indirekte Fraktur an dem Köpfchen der Metatarsalknochen. (Aus dem Bürgerhospital zu Köln.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 42.)

In dem beschriebenen Falle war durch Fehltreten beim Aufspringen auf das Trittbrett eines Straßenbahnwagens, wobei Pat. mit dem linken Fuße zu Boden glitt, letzterer von dem Wagen getroffen wurde und der Gestürzte eine heftige Rotationsbewegung nach rechts ausführte, eine dorsale und laterale Luxation der vier ersten Zehen, eine Absprengung des medialen Stückes des ersten Metatarsusköpfchens und ein Bruch der drei mittleren Metatarsalia dicht unterhalb der Capitula erfolgt. Nach Beseitigung der Großzehenverrenkung wurde nach der Bardenheuer'schen Methode eine Extension (Pflasterschleifen über den ganzen Fuß und über jede einzelne Zehe; Zugschnüre deckenwärts über Rollen) angelegt (s. Bardenheuer's Leitfaden). Die Streckbehandlung hatte nach Ausweis des Röntgenbildes vollen Erfolg; Konsolidation ohne Dislokation trat in 14 Tagen ein, Pat. ging dann bald fast ohne Beschwerden. **Kramer** (Glogau).

64) **H. Kaposi.** Pseudospastische Parese.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 287.)

Einem 22jährigen Schlosser fiel, während er sich in gebückter Stellung befand, ein 4 kg schwerer Hammer auf den Kopf. Er stürzte bewußtlos zusammen und bekam klonische Zuckungen sämtlicher Muskeln des Körpers, die erst nach 2 Stunden etwa nachließen. Verletzungen des Kopfes waren nicht nachweisbar. Während der klinischen Beobachtung wiederholten sich ganz ähnliche Krampfanfälle noch zweimal, während in der Zwischenzeit eine Übererregbarkeit derart bestand, daß

beim geringsten Anlaß der ganze Körper für einige Minuten von einem Schütteltremor befallen wurde. Dieser erschwerte auch in hohem Grade jede selbständige Bewegung, so daß Pat. vollständig arbeitsunfähig wurde.

Das Krankheitsbild wurde »von einem der erfahrensten Neurologen« als typische traumatische Hysterie aufgefaßt, doch stimmt Verf. dem nicht bei, weil sofort nach dem Schlage die eigentümlichen Krämpfe einsetzten. Obwohl sich eine organische Verletzung nicht direkt nachweisen ließ, hält es Verf. doch für wahrscheinlich, daß an der Erschütterung des Schädels auch das Gehirn teilgenommen hat, und daß vielleicht gerade das Krampfzentrum in der Medulla oblongata am stärksten geschädigt wurde. **M. v. Brunn** (Tübingen).

65) **H. Kaposi.** Totale Abreißung der Gesichtsmaske.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 280.)

Eine 54jährige Frau glitt beim Anzünden einer Laterne mit der Leiter, auf der sie stand, aus und blieb an dem Haken, welcher der Leiter zum Halt dienen soll, mit dem Kinn hängen. Es wurde ihr der gesamte Unterkiefer und die ganze Gesichtsmaske bis zur Stirn hinauf abgerissen. Die Augen blieben unversehrt. Es gelang, die Frau am Leben zu erhalten und die riesige Wunde durch mehrfache Eingriffe, Transplantationen, Plastik, Exstirpation der sublingualen und submaxillaren Speicheldrüsen, zur Heilung zu bringen. Eine Prothese sorgte für ein menschliches Aussehen. Die Ernährung mußte anfangs mit der Sonde vorgenommen werden, später lernte Pat. wieder schlucken. Auch die anfangs unmögliche Sprache wurde wieder einigermaßen verständlich. Ein Ersatz des Unterkiefers wurde nicht versucht, da die Pat. jeden diesbezüglichen Eingriff ablehnte.
M. v. Brunn (Tübingen).

66) **M. v. Brunn.** Die symmetrische Schwellung der Tränen- und Mundspeicheldrüsen in ihren Beziehungen zur Pseudoleukämie.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 225.)

Aus der v. Bruns'schen Klinik werden zwei neue Fälle von symmetrischer Schwellung der Tränen- und Mundspeicheldrüsen mitgeteilt, von denen der eine (22jähriges Dienstmädchen) keine weiteren Besonderheiten bot, während der andere mit einer lymphatischen Pseudoleukämie, einer Aplasie des Knochenmarkes und einer schweren Anämie kompliziert war. Die genaue Blutuntersuchung wurde von Fauconnet ausgeführt.

Aus einem Vergleiche dieses Falles mit den in der Literatur niedergelegten Beobachtungen ergibt sich, daß der Symptomenkomplex der symmetrischen Schwellung der Tränen- und Mundspeicheldrüse in klinisch und histologisch gleicher Weise ohne und mit gleichzeitigen pseudoleukämischen Symptomen vorkommt. Da eine fortlaufende Beobachtungsreihe von den isolierten symmetrischen Schwellungen der Tränen- und Mundspeicheldrüsen über Fälle mit gleichzeitigen Lymphdrüsen- und Milzschwellungen bis zu begleitenden Blutveränderungen schwerster Art führt, so scheint dem Verf. kein Grund vorzuliegen, eine strenge Scheidung dieser nur graduell voneinander unterschiedenen Fälle vorzunehmen. Es ist vielmehr wahrscheinlich, daß die symmetrischen Drüsenschwellungen mit der Pseudoleukämie eine gemeinsame Ursache haben, deren Natur jedoch noch völlig unbekannt ist. Wahrscheinlich handelt es sich um ein infektiöses Agens, das auf hämatogenem Wege zu den Drüsen gelangt. (Selbstbericht.)

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 20. Sonnabend, den 20. Mai. 1905.

(Aus dem Friedrich Wilhelms-Hospital zu Bonn.)

Zur Technik der Amputatio penis.

Von
Dr. **Peter Janssen.**

Zwei Momente sind es, welche bei der Amputation des Penis vornehmlich ins Gewicht fallen und besondere Aufmerksamkeit erfordern: die Verhinderung der gewöhnlich erst nach längerer Zeit sich einstellenden Verengerung des neugebildeten Orificium externum urethrae und die Kosmetik des Penisstumpfes.

Die Verengerung der Harnröhrenöffnung hat man vermeiden gelernt durch die manschettenförmige Umkrepelung des überstehenden Urethrastumpfes, durch die Fixation der Urethrawand an die Tunica albuginea der Schwellkörper, die vermöge ihrer Unnachgiebigkeit eine dauernde Entfaltung der Harnröhrenwand gewährleisten soll, und ganz besonders durch die Längsschlitzung der freipräparierten Urethra an ihrer Unterseite auf etwa 1 cm hin und Vereinigung ihrer Schleimhaut mit der äußeren Haut.

Sehr viel größer sind die Schwierigkeiten, einen Penisstumpf zu gestalten, der — unter Voraussetzung der genügenden Weite des Orificium — eine Entleerung des Urins ermöglicht, welche ohne Beschmutzung des Skrotum, der Oberschenkel und der Kleider vor sich geht, und der den Besitzer in etwas noch an frühere Zeiten erinnert: durch die erhaltene, wenn auch verkürzte Form des Penis und eine, wie früher, an der Spitze gelegene Öffnung desselben.

Die bisher geübten Methoden der Amputation des Penis lassen diesen kosmetischen Erfolg mehr oder weniger vermissen. Der Narbenzug verlegt nach nicht langer Zeit das Orificium, welches meist nur mit der lockeren Haut vernäht wird, an die Unterseite des Penis, an der es immer weiter nach hinten rückt, um schließlich fast an der Basis des Gliedes Halt zu machen.

Das Aussehen eines solchen Stumpfes ist meist ein sehr häßliches; die Pat. sind in hohem Grade unzufrieden mit den Beschwerden, die sich bei der Entleerung des Urins einstellen und die sie zwingen, die sonderbarsten Körperhaltungen einzunehmen, um sauber zu bleiben. Der psychische Effekt dieser Unannehmlichkeiten läßt sich leicht ermessen. Zu diesem treten vielfach in mehr oder weniger langer Zeit die durch die häufige Benetzung verursachten äußerst quälenden Ekzeme der Genitalhaut.

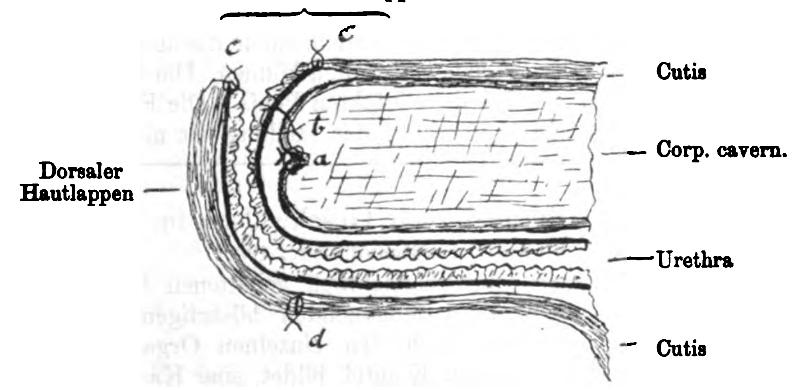
Es ist daher wohl am Platze, eine von Witzel erdachte Methode der Amputation des Penis mitzuteilen, welche mehrere ganz vorzügliche Erfolge aufzuweisen hatte.

Dieses Verfahren macht sich gerade den Vorgang, welcher früher meist die häßlichen Verunstaltungen des Organes veranlaßte — den Narbenzug — zum Nutzen. Daß das zu schildernde Verfahren nur bei den pathologischen Vorgängen (Tumoren, tiefgreifenden Ulcera usw.) anzuwenden ist, welche im gesunden Teile des Penisschaftes zu operieren gestatten, bedarf wohl keiner besonderen Erwähnung. Im anderen Falle bleibt nach wie vor die Exstirpation des gesamten Penis und die Verlagerung des Orificium an das Perineum zu Recht bestehen; ein Eingriff, welcher bei alten Leuten event. unter Entfernung des die Harnentleerung behindernden Skrotum nebst Inhaltes vorzunehmen wäre.

Das operative Vorgehen ist folgendes.

Unter Anwendung des abschnürenden Schlauches wird, selbstverständlich weit im Gesunden, eine ausgedehnte ovaläre Durchtrennung der Haut vorgenommen, derart, daß ein oberer Lappen

dadurch entsteht, der sich gewöhnlich ohne weitere Ablösung nach oben zurückschlagen und zurückhalten läßt. Die Arteria dorsalis penis und die Venen werden an der Basis des Hautlappens aufgesucht und unterbunden. Es folgt an der Basis des Lappens die quere Durchtrennung der Schwellkörper von oben her bis auf die Urethra. Letztere wird einige Zentimeter weiter distal durchschnitten. Der Verschluß der Schwellkörper geschieht durch isoliertes Vernähen der Albugineaänder jedes einzelnen Corpus cavernosum, jedoch nicht in der bisher üblichen Weise quer, sondern so, daß die Nähte, vertikal verlaufend, eine horizontale Nahtlinie bilden; die Urethra wird somit schon indirekt dorsalwärts gehoben (s. Abb., *a*). Nunmehr wird durch eine zu versenkende Seidennaht das vorstehende Urethraende nach oben hin abgebogen, so daß es in einem nach vorn konvexen Bogen über den vernähten Stumpf der Penisschwellkörper



Plastik bei Penisamputation nach Witzel.

verlagert wird. Die zur Befestigung angelegte Naht faßt, die Albuginea der Schwellkörper und das dorsale periurethrale Gewebe durchgreifend, die obere Urethrawand, ohne die Schleimhaut zu verletzen. Die Mündung des Urethralstumpfes liegt beim Schluß der Naht — s. Abb. bei *b* — an der Basis des oberen, noch zurückgehaltenen Hautlappens. Etwas distal der Basis dieses Lappens wird nunmehr ein querer, etwa $^3/_4$ cm langer Hautschnitt angelegt. Durch diesen wird die Urethra hindurchgeführt. Ihre Wand wird an der ursprünglich nach unten gerichteten Seite auf etwa $^1/_2$ cm aufgeschlitzt und das neue Orificium externum durch Vernähung der Umrandung der Urethramündung mit der Haut hergestellt (Abb., *c*). Alsdann wird der Hautlappen heruntergeklappt, event. zugeschnitten und mit der Haut an der Unterseite des Penisschaftes vereinigt (wie bei *d*). Wenige Nähte genügen. Um eine Hämatombildung zu vermeiden, muß für eine wider Erwarten erfolgende Nachblutung der Abfluß ermöglicht werden.

Bei der Durchsicht der Literatur wurde ein Verfahren — von Stokes 1881 angegeben — gefunden, welches ebenfalls eine Lappenbildung aus der Haut des Penisschaftes und Durchführung des Urethralschlauches an der Basis des Lappens vorsieht. Der Hautlappen wird jedoch der Unterseite des Penis entnommen, und so wird schon von vornherein eine Hypospadie gebildet, deren immer weitere Entwicklung klar liegt.

Diese Hypospadie soll gerade durch das oben geschilderte Verfahren vermieden werden. Die zunächst vorhandene, durch die versenkte Naht erreichte Epispadie wird allmählich durch den Narbenzug, welcher die Harnröhrenmündung nach der Unterseite zu ziehen bestrebt ist, verringert. So wird die Mündung endlich auf die Kuppe des Penisstumpfes verlagert, ein weiteres Hinunterrücken aber durch jene versenkte Anheftung des Urethralschlauches an die Dorsalseite der Schwellkörper verhindert.

Die Form des Penisstumpfes ist eine vorzügliche, weil die Narbe nicht über die Höhe des Stumpfes, sondern an der Unterfläche verläuft, und weil durch zweckmäßiges Zuschneiden des dorsalen Lappens die häßlichen Hautfalten vermieden werden können. Die Urinentleerung geht vor sich genau wie bei dem intakten Penis. Die Einlegung eines Dauerkatheters bis zur Vollendung der Heilung ist nicht notwendig.

---

1) **A. Steffen.** Die malignen Geschwülste im Kindesalter.

Stuttgart, **Ferdinand Enke**, 1905.

Verf. gibt in dem sehr übersichtlich gehaltenen Buch eine Beschreibung der beim Kinde vorkommenden bösartigen Geschwülste. Die Besprechung geschieht nach den einzelnen Organen geordnet. Den Beginn der verschiedenen Kapitel bildet eine Kasuistik, in der die in der Literatur beschriebenen, sowie die vom Verf. selbst beobachteten Fälle zusammengestellt werden. Im Anschluß daran finden die pathologische Anatomie, der klinische Verlauf, die Prognose und die therapeutischen Maßnahmen eine eingehende Erörterung.

Durch die sehr ausführlich gehaltene Kasuistik wird das Buch zu einem bedeutsamen literarischen Schatz, indem wir darin alle wesentlichen und interessanten bisher beobachteten Fälle finden, wenn wir natürlich auch keinen Anspruch auf absolute Vollständigkeit machen dürfen.

Nicht weniger interessant sind die Kapitel, welche sich mit der pathologischen Anatomie beschäftigen. Wir erhalten hierin eine genaue Darstellung von Vorkommen, Sitz, Verbreitung usw.

Die Kapitel über Prognose und Therapie kommen etwas schlechter fort, was ja aber auch dem Gegenstand entsprechend nicht zu verwundern ist.

Im ganzen erscheint das Buch als ein dem Chirurgen sehr willkommenes Nachschlagebuch, dessen Lektüre und Studium dringend zu empfehlen sind. **Silberberg** (Breslau).

2) **K. Büdinger.** Die Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen.
Wien, **F. Deuticke,** 1905.

Verf. bespricht die rechtliche Stellung des Arztes seinen Pat. gegenüber, seine Pflichten und die rechtliche Bedeutung seiner Handlungen. Zum Zweck operativer Eingriffe ist die Einholung der Einwilligung des Pat., der Angehörigen usw. in ausgedehntestem Maße unbedingt notwendig. Bezüglich der Art des Leidens und der mit einem Eingriff verbundenen Gefahren soll der Arzt niemals hinter dem Berge halten, dabei aber auch nicht durch zu krasse Schilderung vor den Kopf stoßen. Es ist dies um so notwendiger, da überall dem Arzte bezw. dem operierenden Arzte Schranken auferlegt sind und derselbe nach unseren heutigen Gesetzen sehr leicht gerichtlich zu fassen ist, ihm selbst aber das Gesetz nur sehr unvollkommen zur Seite steht. In höchst interessanter und dankenswerter Weise hat sich Verf. der Aufgabe unterzogen, diese juridisch schwierigen Punkte genau zusammenzustellen und die dabei stets für den Arzt drohenden Gefahren hervorzuheben. Das Nähere muß im Original nachgelesen werden, ganz besonders die Schwierigkeiten, mit denen ein Arzt zu kämpfen hat, um die Einwilligung zu Operationen bei Pat. ohne eigenen Willen zu erlangen. Dies ist bisweilen unmöglich nach dem Gesetzesbuchstaben. Dennoch kann unter Umständen der Arzt wieder der Nachlässigkeit beschuldigt werden. Der Inhalt des Buches ist kurz folgender:

Das erste Kapitel behandelt das Wesen der Einwilligung.

Das zweite die Ausnahmen, die in vereinzelten, aber nur sehr seltenen Fällen eintreten, sog. Notoperationen (mittelbare und unmittelbare).

Das dritte Kapitel erörtert die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter der Kranken und die strafrechtliche Verantwortlichkeit derselben.

Die Einwilligung der Angehörigen Erwachsener und die Operationen an Dritten besprechen die beiden nächsten Kapitel. Sodann geht Verf. noch auf die »Versuche an Menschen zu wissenschaftlichen Zwecken« ein und betont die falsche Auslegung dieses Wortes und die Bedeutung solcher Versuche.

Die strafrechtliche Bedeutung der ohne Einwilligung vorgenommenen Operationen bildet den Schluß.

Im ganzen Verlaufe seiner höchst lesenswerten Auseinandersetzungen verlangt Verf. immer wieder eine Revision der Gesetze über die ärztliche Tätigkeit; ihre Beschränkung ist in den Gesetzen genügend betont, die Sicherstellung des Aztes aber fast gänzlich außer Acht gelassen. Doch »man muß bedenken, daß passende und vernünftige Gesetze nicht entstehen, bevor das Bedürfnis sie nicht hervorruft, und daß der Richter nur nach dem geschriebenen Gesetz Recht sprechen darf, nicht immer Gerechtigkeit zu üben vermag«. Das Bedürfnis nach »passenden und vernünftigen Gesetzen« sei jetzt aber

vorhanden und über »das Widersinnige in manchen Fällen, wie es der Wortlaut des Gesetzes ergibt,« sei nicht hinwegzukommen.

Grosse (Kassel).

---

3) **Schlesinger.** Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen; mit einem Anhange von Privatdozent Dr. Schnitzler. 3. Teil.

Jena, **Gustav Fischer,** 1905.

Der Abschluß eines Werkes, dem meines Erachtens eine sehr gute Prognose gestellt werden muß. Die knappe präzise Darstellung, der frische Zug, der durch das ganze Buch geht, macht die Lektüre zu einer Freude.

Für den Praktiker ist es bestimmt, und der Interne, der praktische Arzt und sicher nicht am wenigstens der Chirurg wird in ihm eine wertvolle und in dieser Weise bisher noch nicht gebotene Bereicherung seines Bücherschatzes besitzen.

In diesem letzten Teile sind zunächst die Krankheiten des Magens, des Darmes und des Bauchfelles nach den gleichen Gesichtspunkten behandelt, wie ich das bereits bei Besprechung des vorigen Teiles erwähnt habe.

Der Chirurg wird erstaunt und erfreut sein darüber, daß ein innerer Kliniker fast durchweg die gleichen Indikationen aufstellt, wie die modernsten Chirurgen. Allerdings steht Verf. bei der Blinddarmentzündung nicht auf dem Standpunkte prinzipieller Frühoperation, wie Riedel, Rotter, Rehn, Sprengel u. a. ihn verfechten. Auch bedarf die Notiz über Rotter's Indikationsstellung einer Änderung insofern, als hier noch Rotter's frühere, mehr konservative Behandlungsweise ausführlich dargelegt ist. Doch wird sich wohl bald allgemein die Indikationsstellung so nach der radikalen Seite hin verschieben, daß dies Kapitel bei der nächsten Auflage sich weit einfacher und übersichtlicher wird darstellen lassen.

Eine sehr gute, klare Darstellung der Indikationen zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, und zwar nur insoweit, als innere Krankheiten der Mutter in Frage kommen, ist angefügt, ferner ein Abschnitt über Operationen bei Diabetes.

Man kann nur sagen, daß, wenn sich alle Praktiker nach S.'s Indikationen richten würden, die Erfolge der chirurgischen Arbeit und das Vertrauen zu ihr gewaltig wachsen würden.

Schnitzler gibt dann als Chirurg noch eine knappe, lebendige, aus der Fülle großer Erfahrung geschöpfte Darstellung der »Beeinflussung des Organismus durch operative Eingriffe«.

Am Schluß folgt ein übersichtliches Inhaltsverzeichnis. Der Preis des Werkes ist sehr gering. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

4) Bier. Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 5—7.)

B. ist in den letzten Jahren dazu übergegangen, nicht nur chronische, sondern auch akute Entzündungen und Eiterungen mittels Stauungshyperämie zu behandeln, und berichtet nunmehr über die Ergebnisse dieser Behandlung bei letzteren Prozessen in 110 Fällen, bei denen die Behandlung zum Abschluß gekommen ist. Was die Technik betrifft, so wird oberhalb des kranken Teiles eine Gummibinde fest, doch ohne Schmerzen und starke Blaufärbung des Gliedes zu verursachen, angelegt; die Binde soll zu einem feurig roten Ödem führen und täglich 10, bei schweren Fällen 20—22 Stunden liegen bleiben, dann entfernt, das Glied hochgelagert und nach einigen Stunden von neuem mit der Stauungsbinde an derselben Stelle oder etwas höher oder tiefer umwickelt werden. In demselben Grade, wie das Leiden sich bessert, kann man die Stauungsperioden verkürzen. Die Wirkung äußerte sich fast regelmäßig und schnell in Linderung der Schmerzen, war aber verschieden in bezug auf Eiterungen. Zuweilen wurden beginnende Eiterungen zum Stillstand und zur Resorption gebracht, in anderen Fällen heiße Abszesse in kalte, von selbst schwindende, in wieder anderen Eiter in Serum verwandelt, eiternde Wunden schnell trocken; in der Regel aber vermehrte die Stauungshyperämie die Eiterung, führte entweder zu massenhaftem serösen oder zu dickem, rahmigen Eiter, der in 5 Fällen sogar übelriechend wurde. Die rechtzeitige Spaltung des Abszesses zur Entleerung des Eiters wurde, wo notwendig, natürlich nicht unterlassen. Nur bei akuten Gelenkeiterungen hat sich B. auch dessen enthalten, sogar die Ruhigstellung durch Schienen vermieden und lediglich Stauungshyperämie verwandt, bei bestehenden Fisteln oder offenen Wunden sogar täglich aktive und passive Bewegungen ausgeführt, um den Eiter zum Ausfluß zu bringen. Der Erfolg war, daß selbst bei den schwersten Erkrankungen die Ausheilung mit vollständiger Funktion eintrat. Indes würde B., wenn nicht sehr bald sich die günstige Wirkung der Stauungshyperämie bemerkbar machte, die Gelenke punktieren und auswaschen oder durch Schnitt, aber ohne nachherige Drainage und Tamponade, eröffnen. In gleicher Weise ging Verf. bei akuter Osteomyelitis mit großen Abszessen, mit Gelenkvereiterungen und Epiphysenlösung vor, mit dem Resultate, daß in einigen Fällen sogar jede Nekrose ausblieb oder die Nekrose ganz gering war; die Schnitte wurden nur so groß geführt, daß der Knochen nicht in weiter Ausdehnung frei lag, und der Eiter gut fortgespült werden konnte. Auch bei beginnenden Sehnenscheidenphlegmonen begnügte B. sich mit sofortiger Einleitung der Stauungshyperämie und legte nur kleine Schnitte unter Verzicht auf Tamponaden und Drainage an; die übrige Behandlung war dieselbe, wie bei Gelenkeiterungen, indes nicht ganz frei von Mißerfolgen.

Unter all den 110 Fällen mit vorgeschrittener akuter Eiterung, die mit Stauungshyperämie behandelt wurden, hat B. nicht einen einzigen gesehen, wo das Mittel einen wirklichen und dauernden Schaden angerichtet hätte; vorübergehende ernstere Schädlichkeiten kamen nur wenige Male zur Beobachtung. Für die Erzielung guter Resultate ist die richtige Anwendung der Stauungshyperämie unbedingt notwendig; die Stauung muß stark sein, ohne den Kranken zu belästigen, muß die Schmerzen vermindern und darf sie nicht vermehren. Weitere Vervollkommnung des Verfahrens ist zu erstreben; besonders die Frage, inwieweit und in welchem Grade operative Eingriffe neben der Stauungshyperämie Platz zu greifen haben, bedarf noch weiterer Klärung. Zweck der letzteren ist, die akute Entzündung zu verstärken, die Ernährung der durch Bakterien und ihre Gifte geschädigten Gewebe zu verbessern. **Kramer** (Glogau).

---

5) **B. Heile** (Breslau). Experimentelle Prüfung neuerer Antiseptika mit besonderer Berücksichtigung des Parajodoanisols (Isoform).

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 388.)

Von der Tatsache ausgehend, daß trotz der vervollkommneten Aseptik die chemisch wirkenden Antiseptika nicht zu entbehren sind, hat H. auf v. Mikulicz's Veranlassung die gebräuchlichen auf ihren antiseptischen Wert einer erneuten Prüfung unterzogen, welche eine auffällig geringe antiseptische Kraft aller dieser Mittel ergab. Dies veranlaßte den Verf., in Gemeinschaft mit Röhmann und Liebrecht nach einem Stoff zu suchen, der in einem eiweißreichen Medium und bei Luftzutritt stärker als die bisherigen bekannten Antiseptika wirke, d. h. auf der Wunde, wie in den Verbandsteilen die schädlichen Wirkungen der Bakterien nicht aufkommen lasse. Nach Versuchen mit einer großen Zahl von neuen chemischen Verbindungen wurde schließlich in dem Parajodoanisol $\left(C_6\,H_4\,\frac{OCH_3}{IO_2}\right)$, einem farblosen, schwach nach Anis riechenden, in Wasser schwer löslichen, in Alkohol und Äther unlöslichen Pulver, das sich, ohne sich zu zersetzen, bis auf 200° erhitzen läßt, eine unter allen Verhältnissen antiseptisch wirkende, obigen Bedingungen entsprechende, dabei (auch bei innerem Gebrauch in Dosen von 2—3 g täglich) ungiftige Substanz gefunden, die, einen Sauerstoffträger darstellend, überall da, wo sie mit bakterienhaltigem Materiale zusamentrifft, aktiven Sauerstoff abgibt und hierdurch stark bakterizid wirkt. Sie hat sich, als Isoform von den Höchster Farbwerken in den Handel gebracht, auch in der Praxis bestens bewährt, sei es, daß sie als Isoformpulver — einem Gemisch von gleichen Teilen Parajodoanisol und Calc. phosphat. —, oder als Isoformgaze 1%ig bei aseptischen Wunden, 3%ig zur Nachbehandlung bei wenig sezernierenden, 10%ig bei stark infizierten (Pyocyaneus usw.) und jauchenden Wunden (event. noch zur Erhöhung der Wirkung Auf-

blasen von Isoformpulver) verwendet wurde. Das Isoformpulver erzeugt durch oberflächliche Ätzung auf frischen oder schwach sezernierenden Wunden einen Belag, der sich indes bald abstößt, wirkt auf die normale Haut nicht reizend und stark desodorierend. Es wurde zur Herstellung von Salben (2—3%ig mit Vaseline) zur Behandlung granulierender Wunden (anstatt der bekannten Höllensteinsalbe), von 1—2%igen Emulsionen zur Einspritzung in die Blase bei Blasenkatarrh oder nach stärkerer Vermischung mit Calc. phosph. als Wundstreupulver benutzt. Die Isoformpaste (Isoform pur., Glycerin. āā) diente ersteren Zwecken gleichfalls, ferner zur Sicherung der Sterilisation der Hände und der an das Operationsgebiet angrenzenden Haut, in die nach erfolgter Reinigung mit Schmierseife und Seifenspiritus 2—3 g der Paste eingerieben wurden. In Anbetracht dessen, daß das Isoform im Magen-Darmkanal eine bakterienhemmende Wirkung ausübt, dabei ungiftig ist, würde seine Darreichung in Dosen von 0,5 in ungehärteten oder gehärteten Kapseln 1—4mal täglich bei parasitären Erkrankungen des Darmkanales oder vor der Ausführung von Magen- und Darmoperationen vielleicht von Vorteil sein; wegen seiner reizenden Wirkung (Appetitlosigkeit, vermehrte Darmsekretion usw.) ist jedoch der Gebrauch größerer Mengen nicht zu empfehlen.

Kramer (Glogau).

---

6) **Schüller.** Die Schädelbasis im Röntgenbild. Archiv und Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Röntgenbildern. Ergänzungsband XI.

Hamburg, 1905. 73 S., 6 Taf. und 30 Abb. im Text.

Das Werk S.'s zerfällt in zwei Hauptteile. Der erste zeigt uns das Röntgenbild der normalen, der zweite das der pathologisch veränderten Schädelbasis.

Erster Teil: Gute Röntgenogramme der Schädelbasis erreicht man hauptsächlich unter Anwendung des Blendenverfahrens. Dabei ist es nötig, die Aufnahmen der Schädelbasis stets in ganz bestimmten Projektionsrichtungen zu machen und solche »typische« Aufnahmen des Lebenden mit »typischen« Aufnahmen des skelettierten Schädels zu vergleichen. Je nach der Durchleuchtungsrichtung unterscheidet Verf. vier Gruppen »typischer Aufnahmen«: die frontalen, die sagittalen, die axialen und die schrägen. Damit können alle Teile der Schädelbasis durch das Röntgenbild zur Anschauung gebracht werden. Jede dieser typischen Aufnahmen zeigt ihre ganz bestimmten Details welche Verf. an der Hand tadellos wiedergegebener Photogramme und an dazu gehörigen Skizzenblättern auf das eingehendste vor Augen führt. Das am Lebenden gewonnene Bild der Schädelbasis ist weniger kontrastreich als das Röntgenogramm des skelettierten Schädels und zeigt weniger deutliche Strukturzeichnung. Durch Vergleich mit »typischen« Skelettaufnahmen wird jedoch seine Entzifferung nicht mehr schwer fallen. Ein eigenes Kapitel widmet Verf. dem Röntgenbilde der kindlichen Schädelbasis, welches durch das Vorhandensein der

Synchondrosen, durch die mangelhafte Ausbildung der pneumatischen Räume, sowie durch die Verschiedenheit der Formverhältnisse des wachsenden Schädels einige Abweichungen von dem Bilde des Erwachsenen bietet.

Zweiter Teil: Da eine die pathologische Anatomie der Schädelbasis umfassende Darstellung bis jetzt in der Literatur nicht vorhanden ist, »versucht Verf., eine auf die Angaben der Literatur und auf eigene Untersuchungen sich stützende Übersicht der wichtigsten pathologischen Vorkommnisse an der Schädelbasis zu geben und sie durch Beschreibung und Abbildung einer größerer Anzahl von ihm beobachteter Fälle zu illustrieren«.

Die Anomalien der Schädelbasis teilt Verf. in folgende Gruppen ein:

1) Mißbildungen der Schädelbasis.
2) Form- und Gefäßanomalien der Schädelbasis.
3) Destruktive Veränderungen der Schädelbasis.
4) Hyperostotische Veränderungen der Schädelbasis.
5) Verletzungen der Schädelbasis.

In der Mehrzahl der Fälle ist Verf. in der Lage, uns die genannten krankhaften Veränderungen an der Hand einiger interessanter Fälle und typischer Röntgenogramme klarzulegen. Genauer auf die einzelnen Kapitel einzugehen, würde hier zu weit führen.

Im Anhange bespricht Verf. die Darstellung der Nähte, Gefäßfurchen und traumatischen Fissuren der Schädelbasis im Röntgenbilde. Nicht alle Nähte sind gleich deutlich sichtbar, am schönsten solche mit reicher, zackiger Gliederung wie die Lambda-, Coronar- und Sagittalnaht. Außerdem spielt die Lage des Kopfes bei der Aufnahme und die Durchleuchtungsrichtung dabei eine gewisse Rolle. Ähnlich verhält es sich mit den Gefäßfurchen und traumatischen Fissuren des Schädels.

Den Schluß des Werkes, das sich an Vorzüglichkeit vollkommen mit den bisher erschienenen Atlanten messen kann, bilden ein reichliches Literaturverzeichnis und die bereits erwähnten Photogramme auf 6 Tafeln mit beigefügten Skizzenblättern.

Gaugele (Zwickau i. S.).

---

5) **Froin.** Les hémorrhagies sous-arachnoidiennes et le mécanisme de l'hématolyse en général.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1904.

F. berichtet über die diagnostisch verwertbaren Ergebnisse der Lumbalpunktion an 27 Erkrankungsfällen. In allen wurde die Punktion mehrfach wiederholt, die Flüssigkeit stets mikroskopisch, meist auch kryoskopisch, oft spektroskopisch untersucht. Es handelte sich meist um Apoplexia cerebri, 3mal um Schädelverletzungen, einigemal um luetische, bezw. in ihrer Ätiologie unbekannt gebliebene apoplektische Insulte. 10mal wurde durch die Obduktion das Punktionsergebnis kontrolliert.

Als wesentlichste Ergebnisse seien folgende herausgehoben: Epidurale Hämatome nach Schädeltraumen machen, wie schon Sicard und Monod betonten, keine Verfärbung des Liquor cerebrospinalis. Dagegen sind subarachnoidale Blutungen am Gehirn an der Verfärbung des Liquor recht oft erkennbar. Kommen sie rein vor, so fehlt überhaupt Koma oder es geht rasch vorüber; dann lassen aber Kontrakturen, leichte Paresen, Babinski's und Kernig's Symptom sowie ein leichtes hämolytisches Fieber auch klinisch darauf schließen.

Je nach der Größe des Blutergusses und dem Grade der Hämatolyse variiert die Farbe des Liquor.

Die Punktion wirkt günstig durch Druckentlastung, auch beseitigt sie Schmerzen.

Aus der cytologischen Untersuchung des blutigen Liquor ergibt sich, daß zur Zeit der Akme des Blutzerfalls neutrophile vielkernige und große einkernige Zellen auftreten. F. spricht von hämatomakrophagen Zellen. Je nach der Veränderung des Hämoglobins ist der Liquor gelb oder gelbrot (Hämoglobin) oder mehr braun oder dunkelbraun (Bilirubin). Die Resorption des Blutergusses läßt sich in vier Stadien unterscheiden, die Verf. bezeichnet: als Hämatophagie, Globulolyse, Hämoglobinolyse und Anti-Globulolyse.

Die Arbeit, welche sich ergänzend an die Sicard'schen Studien über den Liquor cerebrospinalis anschließt, verdient im Originale gelesen zu werden. **Stolper** (Göttingen).

---

8) **Cabannes** et **Bonnet.** Des lésions du trijumeau consécutives aux fractures du crâne.

(Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux 1904. Dezember 16.)

Verletzungen des N. trigeminus bei Schädelbrüchen sind im allgemeinen sehr selten, bedeutend seltener als die anderer Hirnnerven. Meist handelt es sich nur um eine teilweise Beteiligung des Nerven, und zwar am häufigsten des Ramus ophthalmicus; nur in 5 von 14 Beobachtungen war die Sensibilität im ganzen Bereiche des Nerven aufgehoben. Die Anästhesie tritt gewöhnlich schleichend, ohne vorhergehende Hyperästhesie ein. In 7 Fällen bestanden trophische Störungen (Keratitis); der Facialis und Abducens sind häufig gleichzeitig verletzt, als Zeichen einer ausgedehnteren Schädigung des Felsenbeines. Die Ursache, daß der Trigeminus bei der Basisfraktur nur selten direkt verletzt wird, liegt darin, daß er an der Schädelbasis etwas entfernter von dem gewöhnlichen Verlaufe der Frakturlinien liegt als die übrigen Nerven. Die der Trigeminusschädigung zugrundeliegenden Veränderungen sind gewöhnlich eine Thrombose des Sinus cavernosus und petrosus superior oder eine Blutung aus diesen Sinus und Kompression des Nerven.

Bei dem von den Verff. beobachteten Falle war in den ersten 14 Tagen nach Eintritt der schweren Schädelbasisfraktur der Augenbefund ganz normal; dann entwickelte sich auf der der Ohrblutung entsprechenden Seite eine Keratitis und Iritis neuroparalytica mit

starken Schmerzen und vollkommener Amaurose; allmählicher Rückgang aller Erscheinungen bis auf eine Verminderung des Sehvermögens.

Mohr (Bielefeld).

9) **G. R. Fowler.** The technic of perineal prostatectomy.

(Med. news 1905. März 18.)

Als besondere Vorzüge der perinealen Prostatektomie hebt F. hervor, daß bei der Resektion der seitlichen Lappen die Samengänge geschont werden können, daß eine Urinphlegmone leichter verhütet wird, daß das Ausschälen aus der Kapsel viel einfacher ist wie bei intravesikalem Vorgehen, daß schließlich Einreißen der Kapsel beim Eingehen des Fingers in den Kapselschnitt nur eine leicht zu stillende Blutung des Venenplexus hervorruft, während dasselbe bei der suprapubischen Methode verhängnisvoll werden kann. Die Möglichkeit, die Kranken nach der Operation aufrecht sitzen zu lassen, darf gleichfalls nicht unterschätzt werden.

Verf. bedient sich eines Medianschnittes, welchen er bei tiefem Sitze der Prostata Y-förmig gegen beide Tubera ischii erweitert. Bei einer Enukleation wird die Harnröhre über einer Sonde eröffnet, bei einer Resektion wird dieses vermieden. Die Inzision der Kapsel geschieht bei der Enukleation transversal in der Nähe der Pars membranacea. Bei der Resektion werden nach stumpfem Freipräparieren der hinteren Kapselwand zwei seitliche, ca. 6 mm von der Mittellinie entfernte Inzisionen gemacht. Die Kapsel wird bis in die Nähe der Harnröhre abgelöst; sodann wird die gelöste Partie der Drüse mit einer Zange erfaßt und reseziert. Einen Traktor wendet Verf. wegen der dadurch hervorgerufenen Sphinkterlähmung nicht an.

Hofmann (Heidelberg).

10) **L. Michaelis.** Die Malakoplakie der Harnblase.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 14.)

M. lenkt die Aufmerksamkeit auf ein bisher fast nur pathologisch-anatomisch, fast gar nicht klinisch bekanntes, von v. Hansemann als Malakoplakie, von Landsteiner und Stoerk als Cystitis en plaques bezeichnetes Blasenleiden unbekannten Ursprunges. Die bisher darüber vorliegenden sieben Beobachtungen, die fast nur Sektionsbefunde und nur wenige klinische Angaben umfassen, sind kurz wiedergegeben. Es handelt sich um die Bildung von zahlreichen, zum Teil zusammenfließenden oder oberflächlich zerfallenden Knötchen in der Harnblase. In den und um die großen polygonalen Geschwulstzellen finden sich eigenartige Einschlüsse, welche Eisenreaktion geben. Ob es sich um Neubildung oder chronische Entzündung oder gar um Protozoenwucherung handelt, bleibt noch unklar. Die spärlichen klinischen Mitteilungen beziehen sich auf gleichzeitige Entzündung der Blase, Harnleiter, Nierenbecken und Nieren, Genitaltuberkulose u. dgl. Doch fehlten bei anderen Fällen örtliche Entzündungserscheinungen ganz. Verf. glaubt, daß sich das Leiden bei darauf gerichteter Aufmerk-

samkeit häufig finden und vielleicht zur Verwechslung mit Tuberkulose oder Geschwulstbildung Anlaß gegeben wird. Man soll im Urinsediment nach den eisenhaltigen Zellschollen suchen, unter Zuhilfenahme einer Eisenprobe. **G. Schmidt** (Berlin).

11) **Sampson.** Operations on the lower ends of the ureters by the inguinal extraperitoneal route under local anaesthesia (Cocain).

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

Wenn auch die Folgen des Harnleiterverschlusses auf die Nieren sehr üble zu sein pflegen, so haben diese Organe doch eine große Fähigkeit, sich nach Beseitigung des Hindernisses zu erholen, und soll daher bei Erkrankungen der Harnleiter sehr konservativ vorgegangen werden. S. unterscheidet zwei Klassen von Erkrankung des unteren Endes der Harnleiter: 1) Fälle mit absoluter Insuffizienz der Nieren; hier ist die Nephrotomie die Operation der Wahl. 2) Solche mit relativer Insuffizienz; hier werden die erkrankten Harnleiter selbst angegriffen, reseziert, überpflanzt, Steine entfernt usw. Da aber in diesen Krankheiten die Nieren immerhin gelitten haben, und so der allgemeine Zustand der Kranken ein sehr geschwächter ist, empfiehlt Verf. statt des allgemeinen Anästhetikums (Chloroform oder Äther) die lokale Anästhesie nach Schleich, wenn auch auf diese Weise die Operationsdauer verlängert wird. Um die unteren Enden der Harnleiter anzugreifen, wählt er stets den extraperitonealen Weg, und zwar den intramuskulären Schnitt. Drei auf diese Weise ausgeführte Operationen ließen ihn erkennen, daß dieselben gar nicht so sehr schmerzhaft sind. Eigentlich waren nur schmerzhaft die Zerrungen am parietalen Bauchfell, während Einschnitte und Nähte in den Harnleitern keine Schmerzen verursachten. Die Pat. erhalten vor der Operation Morphium subkutan; während der Operation wird das Gesicht bedeckt, werden die Ohren des Pat. mit Watte fest ausgestopft. In drei näher beschriebenen und auf die geschilderte Weise ausgeführten Operationen handelte es sich zweimal um Resektionen am Harnleiter und Einpflanzung in die Blase, einmal um Harnleiterschnitt zur Entfernung eines Steines. Alle drei Pat. überstanden die Operation gut und blieben geheilt. **Herhold** (Altona).

12) **C. L. Gibson.** Objective and subjective symptoms of surgical diseases of the kidney.

(Med. news 1905. März 11.)

Verf. wendet den Schmerzen bei Nierenerkrankungen besondere Aufmerksamkeit zu. Sie werden bei Geschwülsten und akuter Nephritis als stark geschildert, als intermittierend bei Wanderniere und damit verbundener Knickung des Harnleiters. Abwesend sind Schmerzen bei chronischer Nephritis und Hydronephrose, sowie bei Lithiasis ohne eitrige Pyelitis und bei ungehindertem Abfluß.

Hofmann (Heidelberg).



13) L. G. Cole. The X-ray in kidney disease.

(Med. news 1905. März 11.)

Zur Darstellung der Nierensteine verwendet Verf. Strahlen mit elektiver Absorption bei einer äußerst kurzen Exposition von 7 bis 14 Sekunden. Die Exkursionen der Niere während der Atmung, sowie Strahlen, die nicht die gerade Richtung einhalten, beeinträchtigen bei längerer Exposition die Schärfe des Bildes. Dabei muß ferner immer berücksichtigt werden, daß Steine durch andere Dinge vorgetäuscht werden können. Unter 179 Fällen hatte Verf. 2mal die Diagnose auf Steine fälschlich gestellt. Das eine Mal hatte Kot, das andere Mal Gallensteine und Karzinom des Pankreaskopfes den Schatten verursacht.

Hofmann (Heidelberg).

---

14) F. Treves. The circumstances and treatment of movable kidney.

(Practitioner 1905. Januar.)

Seit 1895 steht T. nicht mehr auf dem Standpunkte, jede Wanderniere durch Operation zu fixieren, sondern will diesen Eingriff nur als letztes Mittel gelten lassen, wenn auf andere Weise die Beschwerden nicht beseitigt werden können. Nur bei Fällen, in denen Erscheinungen der Strangulation auftreten, soll sofort zur Operation geschritten und die Nephropexie ausgeführt, in allen anderen Fällen jedoch die Niere mittels Pelotte festgehalten werden. Eine beigefügte Abbildung zeigt die von dem Londoner Bandagisten Ernst hergestellte, aus einer dünnen, sorgfältig gepolsterten Metallplatte bestehende Pelotte, die durch zwei Federn gegen den Bauch fest angedrückt wird, während ein Schenkelgurt das Verschieben nach oben verhindert. In 95% der so behandelten Fälle bewies sich das Band als absolut ausreichend, die Niere wurde vollkommen festgehalten, die Beschwerden verschwanden. Eine Anzahl der Pat. konnte nach 18 Monaten oder 2 Jahren das Band fortlassen.

Jenckel (Göttingen).

---

15) Cawardine. Nephropexy by means of the application of strong carbolic acid and temporary support.

(Bristol medico-chir. journ. 1905. März.)

C. ging bei seiner Methode der Nephropexie von der Idee aus, eine Inzision und teilweise Abstreifung der fibrösen Kapsel sowie Nähte völlig zu vermeiden, dagegen durch chemische Reizung eine Granulationsschicht um die Niere hervorzurufen, welche durch narbige Schrumpfung und Verwachsung mit der Umgebung das Organ sicher fixieren könnte. Zu diesem Zwecke wurde die von ihrer Fettkapsel befreite Niere 2—3mal mit starker Karbolsäurelösung bestrichen, bis eine weißliche Verfärbung der Oberfläche eintrat; die in ihre normale Lage gebrachte Niere wurde sodann durch eine um den unteren Pol gelegte Jodoformgazeschlinge fixiert, bis Verwachsungen eingetreten waren. Die anfänglich gelblichweiße Farbe der Nierenoberfläche wich

meist nach 8 Tagen einer rötlichen infolge Granulationsbildung. Nach etwa 3 Wochen konnte mehrfach eine bereits absolut feste Fixierung des Organes festgestellt werden. In acht so behandelten Fällen trat völlige Heilung ein; in einem Falle waren nach 20 Monaten die Verwachsungen so ausgedehnt und fest, daß die Grenze zwischen Niere und Umgebung kaum zu sehen war; die Nierensubstanz zeigte ebenfalls Schrumpfungserscheinungen; bei einem zweiten nach 2 Jahren gestorbenen Pat. war die Kapsel fast knorpelhart, die Niere absolut fest, die Nierensubstanz gesund. Außer einer vorübergehenden Karbolverfärbung des Urins wurden keine Erscheinungen von Karbolvergiftung beobachtet. Event. könnte man nach der Karbolvergiftung mit absolutem Alkohol nachwaschen.

C. hat dasselbe Prinzip auch bei einer Talma'schen Operation wegen vorgeschrittener Lebercirrhose angewendet; die Leberoberfläche wurde nach der Karbolpinselung zunächst weiß und klebrig-zähe, gewann aber durch die Alkoholwaschung sofort ihre normale Beschaffenheit wieder. **Mohr** (Bielefeld).

---

16) **Jullien.** Hématonéphrose traumatique.

(Thèse de Paris 1904, ref. Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 10.)

Im Anschluß an einen eigenen Fall schildert J. das Krankheitsbild des traumatischen Blutergusses im Innern der Kapsel einer gesunden Niere. Die Symptome fallen größtenteils zusammen mit denen einer Nierenquetschung oder eines perinephritischen Blutergusses; jedoch findet man bei der in Rede stehenden Erkrankung mehr eine zunehmende, fluktuierende, scharf begrenzte Vergrößerung des Organes. Die Nephrotomie ist bei frischen Traumen die Operation der Wahl; durch die Entleerung des Blutergusses wird die Kompression der Niere, welche die Funktion hemmt, beseitigt. **Mohr** (Bielefeld).

---

17) **M. Donati** (Turin). Ricerche sperimentali sul valore del trattamento conservativo dell' idronephrosi.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1904. N. 11 u. 12.)

D. berichtet über Resultate, welche er — abgesehen von einigen Voruntersuchungen über pathologisch-anatomische Veränderungen bei verschiedenen Graden der Hydronephrose — an 23 Experimenten (4 Hunden, 19 Kaninchen) gewonnen hat. Er erzielte eine Hydronephrose durch Unterbindung oder Knickung des Harnleiters. Nach Ablauf verschiedener Zeitintervalle (12 bis 100 Tage) stellte er alsdann durch eine Harnleiter-Blasenanastomose den Abfluß des Urins wieder her. Während dieser zweiten Operation exstirpierte er gleichzeitig 7mal einen Keil aus einer bestimmten Stelle des hydronephrotischen Organes, um ein Vergleichsobjekt für das weitere Verhalten der nunmehr entlasteten Niere zu erhalten. 15mal wurde nach weiteren 3 bis 43 Tagen die hydronephrotische Niere zwecks Untersuchung entfernt,

bei den übrigen Tieren wurde die gesunde Niere entweder teilweise oder ganz entfernt, oder nur ihr Harnleiter abgebunden.

Bei der letztgenannten Versuchsanordnung gingen die Tiere nach spätestens 4 bis 6 Tagen zugrunde; die erkrankte Niere konnte also nicht die Funktion für den Körper übernehmen. Die Untersuchung des hydronephrotischen Organes ergab zunächst, daß sich die Erweiterung des Nierenbeckens und des Harnleiters allmählich zurückbildet, so daß schließlich nur noch eine Verdickung der Wandung zurückbleibt. Die Niere selbst, die zuerst blaß und gedunsen, auch schwerer und größer als die gesunde Niere ist, wird, je später die Harnleiter-Blasenfistel ausgeführt wird, um so härter und kleiner. Mikroskopisch zeigen sich lediglich degenerative Prozesse im Parenchym, das Epithel verfettet, zerfällt, neues Drüsenepithel wird nicht gebildet. Hingegen wuchert das interstitielle Bindegewebe, so daß schließlich dieses dominiert gegenüber den spärlichen Zellzügen und cystischen Erweiterungen der Reste der Glomeruli und Canaliculi. D. hat schließlich noch eingehende Urinuntersuchungen und Gefrierpunktbestimmungen ausgeführt, aus welchen ebenfalls die relative Funktionsuntüchtigkeit des hydronephrotischen Organes erhellt.

Diese Experimente erweisen sonach, daß — beim Tier — bei einer Hydronephrose eine Wiederherstellung des Nierenparenchyms nicht zu erwarten steht, und daß sonach die konservativen Operationsmethoden häufig zwecklos sein dürften, indem sie ein mehr oder weniger funktionsuntüchtiges Organ im Körper zurückließen. **A. Most** (Breslau).

---

18) **Ancel** et **Bouin.** Sur l'insuffisance de la glande à sécrétion interne du testicule.

(Revue méd. de l'Est 1904. Nr. 22.)

Verff. unterscheiden beim Hoden zwei verschiedene sezernierende Bestandteile, 1) die Samendrüse, eingeschlossen in den Tubuli seminiferi und 2) die interstitielle Drüse zwischen den Tubuli. Sie haben durch frühere Arbeiten gezeigt, daß diese »interstitielle Drüse« eine solche mit innerer Sekretion ist, welche allein eine Wirkung auf den Gesamtorganismus ausübt; ihr Fehlen oder Störungen ihrer Entwicklung bei Kastrierten und bei Menschen mit atrophischem, eventuell ektopischem Hoden erklärte allein die körperlichen Abweichungen bei solchen Individuen. Die Folgen einer ungenügenden Wirkung dieser internen Sekretion auf den Organismus werden genauer erörtert. (Sog. Feminismus, Infantilismus, Androgynismus, verspäteter Eintritt der Pubertät bei temporärer Insuffizienz der inneren Sekretion). Tierversuche der Verff. bestätigen diese Anschauungen. **Mohr** (Bielefeld).

---

19) **Bonnin.** Etiologie de la tuberculose de la vulve.

(Thèse de Paris 1904, ref. Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 7.)

Von 28 Fällen von Tuberkulose der Vulva betrafen sechs Kinder, die übrigen mit einer Ausnahme Frauen im Alter von 30—40 Jahren.

1) Sekundäre Form: sie entsteht selten durch Übergreifen der Erkrankung von der Nachbarschaft auf die Vulva oder metastatisch, viel häufiger bei primärer Lungen- oder Darmtuberkulose in der Weise, daß die Vulva durch mit Sputum verunreinigte Wäschestücke, oder durch diarrhoische Stühle infiziert wird. 2) Primäre Form: die Infektion geschieht in seltenen Fällen durch Vermittlung der Finger, häufiger durch den Koitus.

Die tuberkulöse Infektion hat bei beiden Formen zur Voraussetzung, daß ein örtliches Trauma, event. ein kleiner Substanzverlust der Haut vorherging. Auch bei latenter Allgemeintuberkulose kann ein örtliches Trauma den Ausbruch der Vulvatuberkulose auslösen.

Mohr (Bielefeld).

Kleinere Mitteilungen.

20) **G. Schmidt.** Über Behandlung und Dauerergebnisse bei Verletzungen und Verengerungen der männlichen Harnröhre.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 408.)

Die Arbeit umfaßt das Material der v. Mikulicz'schen Klinik aus den Jahren 1890 bis Juli 1904. In dieser Zeit kamen 140 Verletzungen und Verengerungen der männlichen Harnröhre zur Behandlung. Darunter befanden sich 10 frische Verletzungen der Harnröhre, 126 Strikturen und 4 Fälle von Verlegung der Harnröhre durch Fremdkörper oder eine Geschwulst. Unter den Strikturen waren 88 gonorrhoischer Natur, 33 traumatischen Ursprungs, die übrigen angeboren, tuberkulöser oder fraglicher Natur. Organische Harnröhrenstrikturen kamen 131mal in Behandlung, 27 rein traumatische, 6 bedingt traumatische, 75 sicher, 13 wahrscheinlich gonorrhoische und 10 zweifelhafter Art. 114 Fälle wurden genauer verfolgt, 31 traumatische, 76 gonorrhoische und 7 zweifelhafte. 38mal wurde das Bougierverfahren angewendet, 9mal folgte Bougierung auf die Urethrotomia interna, 67mal wurden perineale Operationen gemacht, nämlich 3 Perineotomien bei Urininfiltration, 13mal Urethrotomia externa, 11 Resektionen und 37 Resektionen mit Harnröhrennaht. Perineale Operationen wurden, insbesondere bei traumatischen Fällen, dem unblutigen Verfahren vorgezogen. 9 Pat. starben in der Klinik. Über 5 auswärts gestorbene fehlen genauere Nachrichten. Von den übrigen 100 sind von 78 die Endergebnisse bekannt. Davon starben 2 an Verschlimmerung ihres Harnleidens. Im ganzen erliegt etwa jeder 10. Strikturkranke seinem Leiden. Unter den 78 Endergebnissen sind 40 = 51,3% Heilungen, 17 = 21,8% wesentliche Besserungen, 21 = 26,9% Rückfälle. Von 45 mehr als $4^1/_2$ Jahre beobachteten Pat. waren 21 geheilt, 8 gebessert, 16 = 35,5% rezidiviert. Von 23 traumatischen Fällen waren 12 geheilt, 7 gebessert, 4 = 17,4% rückfällig, von 51 gonorrhoischen 27 geheilt, 9 gebessert, 15 = 29,4% rückfällig. Von 44 perineal operierten Fällen wurden 24 geheilt, 9 gebessert, 11 = 25% rückfällig. Von 28 mit reinem Bougierverfahren behandelten Fällen wurden 12 geheilt, 8 gebessert, 8 rückfällig, bei Bougierung nach Urethrotomia interna von 6 Fällen 4 geheilt, 2 rückfällig.

Die perinealen Operationen ergaben durchweg die besseren Resultate, so daß es Verf. für berechtigt hält, die Resektion der Striktur mit folgender Harnröhrennaht als das Normalverfahren zu empfehlen. Vor brüsker Bougierung wird nachdrücklich gewarnt.

M. v. Brunn (Tübingen).

21) **Monié.** Rétrécissement cicatriciel proprement dit de l'urètre consécutif à la varicelle chez un enfant de cinq ans. Urétrotomie interne. Guérison.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1905. Nr. 5.)

Der 5jährige Knabe bekam im Verlauf einer leichten Varicellenerkrankung Erscheinungen von Dysurie, verbunden mit heftigen Schmerzen beim Harnlassen. 8 Monate später akute Urinretention; bulbäre Striktur. Innere Uretrotomie; Heilung. Es hat sich hier jedenfalls um eine narbige Striktur im bulbären Teile der Harnröhre gehandelt, die im Anschluß an Varicelleneruptionen der Harnröhrenschleimhaut entstanden ist. **Paul Wagner** (Leipzig).

22) **Wolf.** Primary urethral calculus.

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

Bei der Autopsie eines infolge Lebercirrhose gestorbenen 50jährigen Mannes wurde in der Harnröhre ein 3,3 cm langer, 2,4 cm dicker, in einem Divertikel gelegener Stein gefunden. Der Kern desselben bestand aus verkalkter organischer Materie, welche nach Verf. infolge Gonorrhöe oder infolge eines Traumas als Eiter oder Blut seinerzeit deponiert war, und um welche sich dann die jetzigen aus phosphorsauren Salzen bestehenden Schichten lagerten. Der Stein lag in der Pars pendula der Harnröhre.

W. glaubt, daß in der Harnröhre nicht nur aus der Niere fortgespülte sekundäre Steine vorkommen, sondern daß dieselben auch primär in der Harnröhre entstehen können, besonders wenn in derselben angeborene oder erworbene (Tripper oder Trauma) Divertikel existieren. Diese primären Steine können daher auch in jedem Lebensalter vorkommen, am häufigsten liegen sie in der Pars membranacea. Nach einer Statistik von Englisch wurden Harnröhrensteine angetroffen: 41mal in der Fossa navicularis, 53mal in der Pars pendula, 50mal in der Pars scrotalis, 68mal in der Pars bulbosa, 149mal in der Pars membranacea. In nicht seltenen Fällen findet keine völlige Verlegung der Harnröhre während des Lebens statt, so daß die Steine, wie im vorliegenden Falle, übersehen werden können. Sekundär können Nierenkrankheiten infolge primärer Harnröhrensteine entstehen.

Herhold (Altona).

23) **Carey** and **Laird.** A peculiar hypertrophy of the prostate, accompanied by an ascending infection and cysts in the ureters.

(Albany med. annals 1904. Nr. 7.)

Bericht über zwei Sektionsbefunde bei Prostatikern, wo sich neben einer aufsteigenden Infektion des Harnapparates eine cystische Ureteritis fand. Die hypertrophischen Seitenlappen der Prostata waren gestielt und hinderten durch ihren Druck nach unten die Urinentleerung. Die hierdurch bedingte aufsteigende Infektion des Harnapparates ist der bedeutendste Faktor in der Ätiologie der Uretercysten; diese entstehen durch zentrale Degeneration und spätere Transsudation in die v. Brunn'schen Zellnester und können in frühen Stadien miliare Tuberkel vortäuschen. **Mohr** (Bielefeld).

24) **Stern.** Aushülsung der Prostata.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 6.)

S. berichtet über zwei Fälle von Prostatektomie nach der Freyer'schen Methode (Sectio alta), die beide einen ausgezeichneten Erfolg hatten. Die Methode soll eine gute Übersicht gewähren und ohne wesentliche technische Schwierigkeiten, ohne nennenswerte Blutung ausführbar sein. Es empfiehlt sich, zum Schluß die Blase zu nähen und einen Dauerkatheter einzulegen. In dem einen der mitgeteilten Fälle bestand eine 5markstückgroße Blasenfistel oberhalb der Symphyse. Hier wurde zur Sicherung und Deckung der exakten Blasennaht ein gestielter Bauchfellappen von der vorderen Bauchwand genommen. **Borchard** (Posen).

25) **Heusner.** Über Prostatotomia infrapubica.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 11.)

Das Vorgehen bei der Operation war folgendes: Bogenschnitt entlang dem unteren Schambeinrand, Abtrennung des Lig. susp., der Corp. cavern., M. ischiocavernosi, des Trig. urogenit., Ablösung und Zurückschieben der an den Schambeinen befindlichen Adduktorenansätze, Abmeißeln der unteren Hälfte der Symphyse und der absteigenden Schambeinäste, Vordringen zur Prostata und Ablösen dieser von der Innenseite des Schambogens. Hiernach läßt sich dieselbe herunterziehen und liegt in ganzer Ausdehnung frei. Da leichte Kollapserscheinungen eintraten, wurde die Operation abgebrochen. Nach 10 Tagen wurde die Urethra prostatica auf einem Metallkatheter gespalten. Jetzt lag alles bis zur Blasenmündung frei und übersichtlich. Es wurde ein haselnußgroßer Lappen entfernt, die fingerdicke vordere Kommissur bis auf die Harnröhre abgetragen und die Seitenteile durch Exzision keilförmiger Stücke verkleinert. Einlegen eines Dauerkatheters; Vereinigung der Prostata durch Catgutnähte. Gute Heilung mit gutem funktionellen Resultate. **Borchard** (Posen).

26) **J. B. Squier.** Observations on twenty-eight cases of prostatectomy.

(Med. news 1905. Februar 18.)

Verf. bemängelt, daß in der Literatur der Prostatektomie die postoperativen Ereignisse so wenig Berücksichtigung finden. Er hat 28 Prostataoperationen ausgeführt, und zwar 7 davon suprapubisch mit perinealer Drainage. Die Resultate dieser Methode waren ausnahmslos schlechte.

Unter den 21 perinealen Operationen endigten 2 tödlich durch Urämie nach einem und nach 3 Tagen.

Verf. wählt einen Medianschnitt, weil die Wunde schneller heile. Eine von anderen Autoren gefürchtete Verletzung des Mastdarmes kann bei diesem Schnitte vermieden werden. Zerreißung des Mastdarmes beim Freipräparieren der Prostata passierte Verf. zweimal. In beiden Fällen wurde der Darm genäht und neben der üblichen Drainage ein mit Gaze umwickeltes Mastdarmrohr eingelegt. Beim ersten Falle wurde nach 4 Tagen das Darmrohr und nach 1 Woche der Perinealdrain entfernt. Es erfolgte glatte Heilung. Im zweiten Falle, bei welchem die Naht riß, kam es zu einer Harnröhren-Mastdarmfistel. Da jedoch weder Verstopfung noch Inkontinenz vorhanden waren, konnte Pat. sich zu keiner weiteren Operation entschließen.

In einem Falle war die ganze Pars prostatica urethrae entfernt worden, und der Kranke genas ohne Striktur und ohne Residualharn. (Letzte Beobachtung: 1 Jahr nach der Operation.)

Eine Schonung der Samenausführungsgänge kann nicht gewährleistet werden. Die durch die Verletzung derselben bedingte Sterilität wird jedoch bei dem Alter der Kranken nicht empfunden. Zwei Pat., bei welchen die Brücke mit den Ducti ejaculotorii entfernt worden war, konnten den Beischlaf ausführen. Eine Epididymitis trat in 7 Fällen ein, und zwar zwischen dem 7. und 14. Tage (einmal eitrig). Granulationen, welche die Samengänge verlegen, und Cystitis andererseits bilden die Ursache. Verf. empfiehlt bei starker Cystitis eine präliminare Unterbindung der Vasa deferentia.

Allzufrühe Entfernung des Drain kann zu einer profusen Blutung führen, wie es Verf. in einem Falle vorgekommen ist. Existierte keine Cystitis, so hat Verf. dennoch den Drain nach 24—48 Stunden entfernt. Einen Verweilkatheter hält er für unnötig; doch werden tägliche Irrigationen der Blase mit milden Antisepticis empfohlen. Die früheste Schließung der Wunde erzielte Verf. nach 2 Wochen. Die durchschnittliche Heilungsdauer nahm 3—6 Wochen in Anspruch. Die meisten Fälle mußten noch wegen einer bestehenden Cystitis oder Schwäche der Blasenmuskulatur weiter behandelt werden. Eine bestehende Erkrankung der Nieren spricht keineswegs gegen eine Operation. 75% der zur Operation gelangenden Fälle haben eine Nierenerkrankung aufzuweisen. **Hofmann** (Heidelberg).

27) **G. T. Vaughan.** Gunshot wounds of the ureter; two cases of ureterovesical anastomosis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. März.)

Verf. veröffentlicht zunächst einen mitteilungswerten Fall von Harnleiterschußverletzung bei einem 40jährigen Manne. Die Einschußöffnung fand sich etwa 1 Zoll nach innen und unten von der rechten Spina anterior superior unmittelbar unter dem Lig. Pouparti. Das Geschoß hatte den 4. Sakralwirbel durchbohrt und war hinten etwa in der Mittellinie unter der Haut liegen geblieben. Es konnte leicht entfernt werden. Aus der Operationswunde entleerte sich in der Folgezeit reichlich Eiter. Da sich außerdem Symptome einer Peritonitis einstellten, wurde in der Annahme einer Blasen- oder Darmperforation eine Explorativlaparotomie in der Mittellinie vorgenommen. Außer zahlreichen Verwachsungen fanden sich aber keine Zeichen einer Darmverletzung. Die Laparotomiewunde wurde vorn drainiert. Auch hier stellte sich eine starke eitrige Sekretion ein. Der Kranke erholte sich aber. Das Sekret aus der vorderen Fistel wurde dünner und wäßriger und erwies sich schließlich als Urin. Jetzt konnte die Diagnose auf eine Verletzung des rechten Harnleiters gestellt werden. Etwa $^1/_2$ Jahr nach der Schußverletzung wurde nachstehende Operation vorgenommen: Der rechte Harnleiter wurde auf transperitonealem Wege freigelegt, wobei eine in die vordere Fistel eingeführte Sonde zur Führung diente. Der Harnleiter war stark ausgedehnt und im Becken von dichten Verwachsungen umgeben. Beim Versuch ihn aus diesen zu lösen, riß er an der Stelle, wo sich die Fistel befand, ab. Das zentrale Harnleiterstück wurde in die Blase eingepflanzt. Zu diesem Zwecke wurde die Blase von vorn geöffnet, und an ihrer Hinterwand ziemlich weit über der normalen Einmündungsstelle des rechten Harnleiters eine kleine Öffnung angelegt. Das Harnleiterende wurde durch einen etwa $^1/_8$ Zoll langen Schnitt in zwei Lappen geteilt und dann durch die Blasenöffnung gezogen. Die beiden Lappen wurden auseinander gespreizt und durch durchgreifende, feine Seidennähte an der Blaseninnenfläche befestigt. Die Nähte wurden auf der peritonealen Außenseite der Blase geknotet. Verschluß der Blase durch Catgutnähte. Verschluß der Bauchhöhle. Gazedrainage des prävesikalen Raumes. Dauerkatheter. Vollkommene Heilung.

Dasselbe Einpflanzungsverfahren des Harnleiters in die Blase führte V. ebenfalls mit gutem Erfolge in einem zweiten Falle aus, wo der Harnleiter bei einer ausgedehnten Resektion des karzinomatös erkrankten Mastdarmes verletzt worden war.

Die geschilderte Operationsmethode zieht V. der Ureter-Ureteralanastomose vor, weil sie leichter auszuführen ist, weil sich weniger leicht Strikturen bilden, und weil im Falle einer Strikturbildung die Behandlung der Striktur leichter ist.

Läwen (Leipzig).

28) **Fiori.** Calcolosi e ristringimenti multiple dell' uretere; ureterotomia ed estesa uretero-eteso-plastica.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Fasc. 2.)

Eine Frau von 21 Jahren zeigte die Erscheinungen von intermittierender Pyonephrose: Anfälle von Schmerz in der Lendengegend mit Verminderung der täglichen Urinmenge, die mit einem starken Abgang von Eiter sich lösen. Eine Nephrotomie zeigte Erweiterung der Harnleiter und des Beckens, keine Steine, hatte nur vorübergehend Erfolg. Daher wurde in einer zweiten Sitzung der Harnleiter freigelegt und erwies sich nun im mittleren Drittel der Pars pelvica teils erweitert, teils verengt, die Innenwand mit Inkrustationen besetzt. Diese Partie wurde gespalten und zahlreiche kleinere Steine entfernt. Es blieb nun ein Substanzverlust der Wand auf eine ziemliche Länge von ca. 17 cm; ein Katheter wurde in die Blase von oben eingeführt und über ihrer Wunde vernäht, indem zur Bedeckung die Reste der Harnleiterwand, sowie das Bauchfell und die Psoasfascie verwandt wurden. Der Katheter konnte am 4. Tage entfernt werden, es stellte sich ein guter Abfluß des Urins her, der, getrennt aufgefangen, rechts nur wenig eitriges

Sediment und etwas Albumen aufwies, aber in gleicher Quantität wie links abgesondert wurde. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

29) **S. Rolando.** Contributo all' ernia del uretere.

(Riforma med. XX. Nr. 21.)

R. fand bei der Operation eines beweglichen linksseitigen Schenkelbruches bei einer 27jährigen Pat. den Harnleiter neben dem Bruchsack im Schenkelkanale vor. Nach Besprechung der Literatur dieser seltenen Komplikation macht er auf die Unterscheidungsmerkmale des Harnleiters vom Ligamentum rotundum, besonders auf deren Verhalten zum Peritoneum aufmerksam. **A. Most** (Breslau).

30) **L. Thumin.** Was leistet die Cystoskopie bei Verletzungen der Blase und der Ureteren? (Aus L. und Th. Landau's Privatklinik in Berlin.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

Die Antwort auf obige Frage wird durch Mitteilung einiger interessanter Fälle gegeben, in denen nur durch die Cystoskopie die Lage feiner Blasen-Scheidenfisteln und einer Narbenstenose am untersten Harnleiterabschnitt erkannt werden konnte. Auch für den Nachweis postoperativer Harnleiterfisteln leistet die Methode die besten Dienste. **Kramer** (Glogau).

31) **W. Klotz.** Clinical studies in ureteric meatoscopy.

(Med. news 1905. Februar 25.)

Es werden in 20 Fällen die cystoskopischen Befunde der Harnleitermündung beschrieben. Darunter befinden sich 12 Fälle von Lithiasis; die anderen betreffen Tuberkulose, Pyelonephritis und Pyonephrose.

Verf. gelangt zu dem Schluß, daß das Bild der Harnleitermündung in diagnostischer Hinsicht den Harnleiterkatheterismus unterstütze, zurzeit aber noch nicht derartig ergründet sei, um einen Rückschluß auf pathologische Prozesse der Niere, des Nierenbeckens wie des Harnleiters zu gestatten.

Hofmann (Heidelberg).

32) **Riegner.** Über Harnblasengeschwülste.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 484.)

Es werden die Krankengeschichten folgender drei Fälle mitgeteilt:

1) 33jährige Uhrmachersfrau. Seit 10 Wochen Blasenbeschwerden. Cystoskopie ergibt an der vorderen oberen Blasenwand eine etwa zweimarkstückgroße, kreisrunde, scharf begrenzte, breitbasige Geschwulst. Exzision. Blasennaht. Heilung. Die histologische Untersuchung ergab Gallertkrebs.

2) 51jährige Frau. Vor 8 Monaten Blut im Urin, desgleichen in den letzten 5 Wochen. Kachexie. Tod im urämischen Koma. Bei der Sektion war die ganze Blase stark verdickt und von gallertig aussehenden Geschwulstmassen durchsetzt. Es handelte sich ebenfalls um Gallertkrebs.

3) 36jähriger Mann. Seit 4 Jahren Urindrang, erschwertes Harnlassen, Schmerzen in der Blasengegend. Mäßige Striktur nach Gonorrhöe vor 16 Jahren. Seit etwa 3 Monaten Blasenblutungen. Cystoskopie ergab eine gestielte, etwa walnußgroße Geschwulst in der Gegend des Trigonum und der linken Harnleitermündung. Exzision der sehr weichen, leicht bröckelnden Geschwulst mit der angrenzenden Schleimhaut samt der Einmündungsstelle des linken Harnleiters. Heilung. — Nach 8 Monaten erneute Blutungen. Es fanden sich zwei linsengroße, knopfförmige Papillome. Operation abgelehnt. Nach weiteren 2 Monaten war außer mehreren kleineren Geschwülsten ein das Trigonum verdeckende, etwa hühnereigroße Geschwulst vorhanden. Die zuerst entfernte Geschwulst war ein papilläres Fibrom, die neu entstandene ein Karzinom.

M. v. Brunn (Tübingen).

33) **L. Whitaker Allen.** Report of a case of chronic pyelitis, due to bacillus coli communis infection, simulating renal tuberculosis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. März.)

Bei einer unter dem Bilde der Nierentuberkulose erkrankten 40jährigen Frau wurde die Nephrotomie vorgenommen. Es fanden sich keine tuberkulösen Veränderungen. Eine aus dem Nierenbecken angelegte Reinkultur ergab Bakterium coli commune. Dasselbe erwies sich als pathogen für Meerschweinchen. Die Kranke erholte sich sehr rasch. 3 Wochen nach der Operation ließen sich in der drainierten Wunde keine Kolonbakterien mehr nachweisen.

Das rasche Zurückgehen der örtlichen und allgemeinen Erscheinungen führt Verf. auf systematisch durchgeführte Spülungen des Nierenbeckens, des Ureters und der Blase mit Formalin-Wasserstoffsuperoxydlösungen zurück.

Läwen (Leipzig).

34) **Nicolich.** Pyonéphrose calculeuse; néphrolithotomie. Guérison sans fistule.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1905. Nr. 5.)

Verf. hat einen 48jährigen Kranken, der infolge schwerster Urosepsis dem Tode nahe war, durch Inzision einer rechtsseitigen kalkulösen Pyonephrose geheilt. Extraktion eines taubeneigroßen Konkrementes; Tamponade. Heilung ohne Fistel.

Paul Wagner (Leipzig).

35) **Habs** (Magdeburg). Über Nierenverletzungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 13.)

H. bespricht die diagnostischen Merkmale der verschiedenen Formen subkutaner Nierenverletzungen und stützt sich dabei mit auf vier eigene Beobachtungen. Drei dieser stellten tief bis ins Nierenbecken dringende Einrisse, bezw. Zertrümmerungen der Niere dar; einer dieser Fälle heilte ohne Operation, einer nach der Exstirpation der Niere, während im dritten Pat. nach dieser infolge der gleichzeitig erfolgten Quetschung des Colon ascendens, Nekrose desselben und Peritonitis zugrunde ging. Der vierte Fall von oberflächlicher Quetschung der linken Niere war durch das Fehlen von Hämaturie bei Bestehen ausstrahlender Schmerzen von den Lenden bis in die Harnröhre und Hoden und bei Verminderung der Harnausscheidung ausgezeichnet. Die Niere war nur anfangs schmerzhaft angeschwollen, der Urin frei von Eiweiß, Zucker, Blut, die Gefrierpunktsdifferenz 1,15° C, die Bauchmuskulatur linkerseits in den ersten Tagen straff gespannt. Auf Grund dieser Symptome mußte eine nur oberflächliche Verletzung der Niere, die nicht bis ins Nierenbecken hineinreichte, angenommen werden. **Kramer** (Glogau).

36) **Herescu.** Zwei durch Nephrektomie erhaltene Nieren.

(Chirurgische Gesellschaft in Bukarest, Sitzung am 17. November 1904.)

H. zeigte zwei von verschiedenen Kranken exstirpierte Nieren, bei welchen als Hauptsymptom Hämaturie zu verzeichnen war, es sich aber um ganz verschiedene Krankheiten gehandelt hatte. Der eine Fall betraf einen 15jährigen Knaben, welcher seit 15 Tagen außerordentlich reichliche Hämaturie aufwies, wobei auch Blutgerinnsel entleert wurden. Vor 9 Monaten waren ähnliche Blutungen aufgetreten, die aber nur 2 Tage gedauert hatten. Die linke Niere wurde sehr vergrößert gefunden und reichte nach unten bis unter die Höhe des Nabels, war unbeweglich, hart und schmerzlos auf Druck. Die vorgenommene Nephrektomie förderte eine Niere zutage, welche im oberen Pole Ekchymosen und Infarkte, auf einer Papille ein kleines Papillom und in der übrigen Nierensubstanz zahlreiche Granulationen aufwies. Wahrscheinlich handelte es sich um Tuberkulose. Pat. wurde 21 Tage nach der Operation geheilt entlassen.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 37jährigen Pat., welcher ebenfalls hartnäckige und oft sich wiederholende Harnblutungen gehabt, aber auch Harn-

sand und Steinchen entleert hatte. Man fühlte in der linken Bauchseite eine Geschwulst, welche sich nach unten bis nahe an die Fossa iliaca und medianwärts bis zum Nabel erstreckte. Man diagnostizierte ein Neoplasma, fand aber nur eine große Bright'sche Niere und eine außerordentlich stark entwickelte sklerösе Perinephritis. Heilung. **E. Toff** (Braila).

37) **L. B. Bangs.** Hematuria as a symptom of hydronephrosis.
(Med. news 1905. Februar 11.)

Mit Ausnahme von Israel findet Verf. nur noch bei vier anderen Autoren auf eine Hämaturie bei Hydronephrose hingewiesen. Die Zahl der berichteten Fälle beträgt 13, worunter Israel allein 9 anführt.

Der vorliegende Fall betrifft einen 19jährigen jungen Mann, welcher 1 Jahr lang intermittierend über Übelkeit, Verstopfung und blutigen Harn klagte.

Nachdem mittels Harnscheider die Diagnose auf Erkrankung der linken Niere gestellt war, wurde die Nephrotomie ausgeführt. Ein großer hydronephrotischer Sack hatte das Nierenparenchym bis auf einen kleinen Rest am oberen Pole zum Verschwinden gebracht. Die Blutung war anscheinend aus einem arrodierten Gefäß des Sackes erfolgt, da dieselbe durch Bespülen mit heißem Wasser von neuem ausgelöst werden konnte. Der Sack wurde drainiert und die Exstirpation desselben mit dem Nierenrest erst 10 Monate später vorgenommen, worauf vollständige Genesung eintrat. **Hofmann** (Heidelberg).

38) **A. Stauder** (Nürnberg). Nephrektomie eines Falles von vereiterter multilokulärer Cystenniere.
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 5.)

Es handelte sich um eine sehr große angeborene multilokuläre Cystenniere, welche unter den heftigsten Fieberanfällen vereiterte; bei der Operation wurde ein während dieser platzender paranephritischer und im Innern der Niere mit jenem in Verbindung stehender großer, sowie ein im oberen Drittel der Niere gelegener kleinerer Eiterherd gefunden. Nach der Nierenexstirpation bestand das Fieber noch einige Zeit fort, war der Wundverlauf indes ein guter; indes trat nach einigen Wochen auch eine Vergrößerung der anderen Niere und eine allerdings anscheinend nur auf das Nierenbecken beschränkte Eiterung aus dieser auf, die sich unter Urotropingebrauch allmählich besserte. Die Ursache der Vereiterung beider Nieren sieht S. in einer aufsteigenden Infektion von der Blase aus infolge eines alten Vorfalles der Scheide und der Gebärmutter.

Verf. bespricht anschließend die Indikationen für die Behandlung der multilokulären Cystenniere. **Kramer** (Glogau).

39) **G. del Fabbro.** Gravidanza e nefrectomia.
(Gazz. degli ospedali 1905. Nr. 4.)

Eine Pyelonephritis bei einer 27 Jahre alten Schwangeren heilte während der Gravidität aus, führte aber zu einem perinephritischen Abszeß, in dessen Gefolge die Exstirpation der Niere erfolgte. Diese erwies sich als völlig gesund. Die Nephrektomie wurde hier im 3. Schwangerschaftsmonat ohne Schaden für die Gravidität ausgeführt. Ihr Zeitpunkt liegt nach Ansicht des Verf.s bei gesundem Herzen zwischen 1. und 6. Schwangerschaftsmonat. Später ist es nützlicher, die Gravidität vor der Operation zu unterbrechen. **Dreyer** (Köln).

40) **P. Kuzmik.** Hypernephroma renis.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 185.)

Verf. berichtet ausführlich über drei Fälle von Hypernephroma renis aus der Budapester Klinik. Sie wurden beobachtet bei einem 57jährigen und einem 56jährigen Mann und bei einer 54jährigen Frau. In allen drei Fällen machte die Geschwulst zunächst keine Beschwerden, und in zwei Fällen wurden die Kranken erst durch eine plötzlich auftretende Hämaturie auf ihr Leiden aufmerksam. In allen

drei Fällen wurde die erkrankte Niere exstirpiert. Der erste Fall ist seit 5 Jahren geheilt geblieben. Der zweite Pat. starb nach $1^1/_2$ Jahren infolge einer Nephritis der zurückgelassenen Niere; der dritte starb 26 Tage nach der Operation. Die Geschwulst war in die Venen eingebrochen, füllte die V. cava eine weite Strecke lang aus und drang auch in die V. iliaca communis und in die V. profunda femoris sin. ein. Metastasen waren im 4. Lendenwirbel, in den Rippen, der Lunge und in der anderen Niere vorhanden.

Den Nachweis von Metastasen sieht Verf. als eine entschiedene Kontraindikation gegen die Operation an; dagegen soll man sich durch die Größe der Geschwulst nicht von der Operation abschrecken lassen, da sich daraus keine Schlüsse auf den Grad der Bösartigkeit ziehen lassen. **M. v. Brunn** (Tübingen).

41) **H. Klinger** (Aussig). Torsion des Samenstranges.
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 8.)

Fall von Nekrose des im Hodensack gelegenen rechten Hodens infolge von vollständiger Drehung des Samenstranges. K. führt diese auf übermäßige Beanspruchung der Bauchpresse, die sich beim Tragen schwerer Säcke geltend gemacht hatte, zurück. **Kramer** (Glogau).

42) **R. Werth.** Über die Erfolge eines verschärften Wundschutzes bei der gynäkologischen Laparotomie.
Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 389. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1904.

W. hat seit Ende Dezember 1902 bei Laparotomien die von v. Mikulicz begründeten und von Küstner für die gynäkologische Laparotomie noch weiter ausgebildeten Prinzipien aseptischen Vorgehens befolgt, d. h. — neben der Verwendung von Cumol- und Jodcatgut — sterile Gummimanschetten zur Bedeckung der Bauchwundränder angelegt, mit Gummihandschuhen operiert und außerdem für sterile Einhüllung inkl. des behaarten Kopfes, Mundbinden, Abdeckung des Gesichtes des Kranken, Verbot von lautem Sprechen usw. Sorge getragen. In allen Fällen der 170 unter so verschärftem Wundschutz ausgeführten Laparotomien ist ausnahmslos die Heilung der Bauchwunde p. p. i. erfolgt, jede die primäre Heilung störende Eiterung ferngeblieben (in 8 weiteren Fällen des gleichen Zeitraumes, die tödlich verliefen, war niemals eine primäre ektogene Infektion die Ursache des tödlichen Ausganges). Bemerkenswert ist jedoch, daß sich bei 3 der unter Gummischutz operierten 9 Tuberkulosefälle nach p. pr. erfolgter Heilung der Wunde später in der Narbe Abszesse bezw. Fisteln tuberkulöser Natur zeigten, die auf eine Übertragung der Tuberkulose in die Bauchwunde zurückzuführen waren. — Der intraabdominelle Wundverlauf ist im allgemeinen ein sehr günstiger gewesen; in 133 Fällen fehlte jegliche Schwellung im Operationsgebiet, in den übrigen war eine solche nur geringfügiger Art nachweisbar. Was die postoperative Morbidität anlangt, so war zwar in ca. der Hälfte der Fälle nach der Operation Fieber aufgetreten, dieses aber in der Mehrzahl nur ein leichtes, aseptisches, in den übrigen meist durch extragenitale Ursachen bedingt. Größere Störungen in der motorischen Funktion des Darmkanales sind nie vorgekommen (W. verwendet vor und nach der Operation die Darreichung von Abführ- bezw. narkotischen Mitteln, um nicht die muskuläre Energie der Darmwand zu schädigen); dagegen wurden 5mal Thrombosen der unteren Extremität, 2mal Erscheinungen leichter Lungenembolie beobachtet.

Bei Vergleichung mit dem Verlaufe der früheren Laparotomien stellen obige Ergebnisse, vor allem in bezug auf die äußere Wundheilung, einen sehr erheblichen Fortschritt dar, den W. auf die verschärfte Asepsis, den in höherem Maße gesicherten Wundschutz zurückführt. **Kramer** (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 21. Sonnabend, den 27. Mai. 1905.

1) **Wiczkowski.** Beitrag zum mikroskopischen Befunde des Wundsekretes.

(Polnisches Archiv für biologische und medizinische Wissenschaften Bd. III.)

W. untersuchte das an der Oberfläche von Granulationen sich findende Sekret und entdeckte dabei Leukocyten, deren Protoplasma acidophil und von deutlichen neutrophilen Granulationen durchsetzt ist, während die chromatinreichen Kerne basophil erscheinen.

Verf. hält diese Zellen als Jugendformen, etwa den Myelocyten im Knochenmark entsprechend. Dafür sprechen der kleine chromatinreiche Kern und das Protoplasma mit den neutrophilen Granulationen.

Sie dürften dann, wie die Myelocyten, die Mutterzellen der polynukleären Zellen sein. Daraufhin wäre man berechtigt anzunehmen, daß auch in der Wunde Prozesse sich abspielen, die eine lokale Vermehrung von polynukleären Zellen zur Folge haben.

Ehrlich hält die beschriebenen Zellen als identisch mit den von ihm beschriebenen Pseudolymphocyten. **Silberberg** (Breslau).

---

2) **E. Kirmisson.** Sur le décollement traumatique des épiphyses.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 6.)

Die traumatischen Epiphysenlösungen, deren genauere Untersuchung eigentlich erst die Röntgenstrahlen erlauben, kommen an sich nicht so selten vor, treten aber natürlich an Häufigkeit bei weitem hinter den gewöhnlichen Gelenk- und Nebengelenkbrüchen zurück; sie haben aber eine ganz bestimmte, früher verkannte anatomische und klinische Bedeutung. Sie sind am häufigsten nicht in der ersten Kindheit, wo die Knorpel noch weich sind, sondern im Jünglingsalter, vom 12.—15. Lebensjahre bis zum 25. Sie sind im Versuch auch nicht durch einen einfachen direkten Zug zu erzeugen, welcher die dicke Periostmanschette nicht sprengen würde, sondern entstehen durch drehende Gewalt und weit überwiegend indirekt. In der größten Mehrzahl der Fälle bleibt die Knorpelscheibe an der Epiphyse hängen; die Sprengung kann aber auch mitten durch jene gehen. In der Regel reißt auch das fest an die Epiphyse angeheftete Periost durch, nur bei den »Epiphysenversteifungen« (Ollier), den unvollkommenen Lösungen, beteiligt es sich weniger an der Kontinuitätstrennung; in anderen Fällen löst es sich weit, manschettenförmig von der Diaphyse ab. Am meisten betroffen scheinen — die einzelnen Statistiken weichen in diesem Punkte voneinander ab — die untere Epiphyse des Femur, die untere Epiphyse des Radius, die obere Epiphyse des Humerus.

Nachdem Verf. diese, sowie die Epiphysenlösungen am unteren Ende des Humerus, am oberen Ende des Femur und diejenigen an der Tibia und Fibula an der Hand eigener Beobachtungen und von Fällen aus der Literatur bezüglich ihrer besonderen Eigentümlichkeiten, Differentialdiagnose, Prognose, Komplikationen und therapeutischen Maßnahmen besprochen hat, fügt er noch einige allgemeine Bemerkungen hinzu, welche sich auf die Wachstumsstörungen danach beziehen. So regelmäßig eigentlich man dieselben vermuten sollte, und so gut sie im Experiment auch erzeugt werden können, so tritt diese Folgeerscheinung in der Kasuistik doch auffällig selten hervor. Das liegt zum Teil daran, daß nicht jeder Epiphysenknorpel für das Längenwachstum entscheidende Bedeutung hat, daß es natürlich auch auf das Alter des Individuums, die Art der Verletzung ankommt, daß geringe Wachstumsstörungen sich nicht immer bemerklich machen, zuweilen auch durch vermehrtes Wachstum benachbarter Epiphysen zum Teil

kompensiert werden. Immerhin kommen doch Verkürzungen bis zu 13 cm Ausdehnung vor. **Herm. Frank** (Berlin).

---

3) **Bickham.** The operative treatment of fractures in general.

(Post-graduate 1905. Vol. XX. Nr. 3. März.)

(Vortrag in der Clin. soc. of the New York Post-graduate med. school and hospital.)

Im allgemeinen steht B. auf dem Standpunkte, daß nur unter ganz bestimmten Bedingungen die Frakturbehandlung auf operativem Wege zu erfolgen hat, daß man bei allen Frakturen langdauernde Fixation vermeiden, sich abnehmbarer oder gefensterter fixierender Verbände bedienen und sofort mit vorsichtiger Massage beginnen soll; sobald Konsolidation erfolgt ist, sollen aktive Bewegungen ausgeführt werden. Das Urteil über den Erfolg der Therapie soll sich nicht auf das Resultat der Röntgenuntersuchung allein stützen, sondern besonders auch auf die Funktion.

Zur Vereinigung angefrischter Knochenenden empfiehlt Verf. aufs wärmste resorbierbares Material, und zwar Känguruhsehnen oder Chromcatgut; er erwähnt der Vollständigkeit halber auch Silberdraht, Nägel, Elfenbeinstifte, Schrauben, Zwingen, Klammern und Rahmen.

Es folgen die verschiedenen Methoden der Knochentransplantation. Dabei erwähnt B. ausführlich einen von A. W. Morton mit vollem Erfolg unternommenen Versuch, bei welchem ein großer Defekt der Tibia am Menschen durch Knochen vom Hunde ersetzt wurde; und zwar blieb der Hundeknochen im Zusammenhange mit dem lebenden Hunde selbst, der 5 Wochen lang neben dem Pat. liegen mußte, bis die Ernährungsbrücke getrennt wurde.

Bei einfachen unkomplizierten Frakturen ist das operative Verfahren nur dann angezeigt, wenn man die Bruchenden nicht gut adaptieren oder auf andere Weise in adaptierter Stellung nicht festhalten kann; ferner bei Frakturen, die entweder in der Nähe eines Gelenkes liegen oder in dasselbe selbst sich erstrecken, sowie dort, wo man wegen einer komplizierenden Nerven- oder Muskelzerreißung oder wegen Schädigung großer Gefäße einen Eingriff mit Vorteil unternehmen würde. Man sollte dann aber sofort operieren, nicht abwarten.

Besonders oft wird man sich zum Eingriff entschließen bei Schrägbrüchen der Tibia, bei Frakturen des Humerus nahe dem Schulter- und Ellogengelenk, des Femur an den beiden Gelenkenden, der Kniescheibe, sowie bei Frakturen der Wirbelsäule und des Schädels.

Das operative Verfahren ist natürlich angezeigt bei verzögerter bezw. fehlender Konsolidation und bei Heilung mit Dislokation. Im letzteren Falle rät B. dringend von der Osteoklase ab und bedient sich nur der offenen subperiostalen Osteotomie.

Komplizierte Frakturen behandelt B. im allgemeinen mit operativer Freilegung der Bruchenden und mehrtägiger primärer Drainage und Desinfektion. — Komminutivfrakturen legt er nur dann frei, wenn der klinische Befund und das Röntgenbild eine genügende Heilung nicht zu versprechen scheinen.

Bei Epiphysenlösungen ist genaueste Adaption besonders wichtig; sie wird auch hier am besten auf operativem Weg erfolgen.

Endlich berichtet B. über eine Umfrage, die Bennett 1900 bei 300 englischen Chirurgen veranstaltete mit dem Erfolge, daß nur 5% Anhänger des prinzipiell operativen Verfahrens waren, 30% etwa auf dem Standpunkte B.'s sich befanden und 65% die Operation nur auf wenige Ausnahmefälle beschränken wollten.

In der Diskussion stimmen sämtliche Redner den Ausführungen B.'s zu.

Beck erwähnt noch, daß er sich der künstlichen Blutleere nur in Ausnahmefällen bediene, da deren Nutzen durch den Schaden der Nachblutung bedeutend übertroffen werde.

Lloyd hebt hervor, daß die passiven Bewegungen meist zu roh ausgeführt würden und empfiehlt dabei größte Vorsicht. Auch er hat von der Verwendung der Känguruhsehnen und des Chromcatguts besonders gute Erfolge gesehen.

Hawkes empfiehlt, die Röntgenaufnahmen von verschiedenen Seiten zu machen, um Fehldiagnosen zu vermeiden. Auch er ist wie Beck kein Freund der künstlichen Blutleere in diesen Fällen.

Rose bedient sich statt der Massage mit Vorteil warmer Bäder von langer Dauer; Gelenkfrakturen pflegen besonders gut dabei zu heilen.

Im Schlußwort erklärt B. seine Zustimmung zu diesen Bemerkungen; nur glaubt er Beck und Hawkes gegenüber auf die künstliche Blutleere nicht verzichten zu sollen. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

4) **E. Hoennicke.** Über das Wesen der Osteomalakie und seine therapeutischen Konsequenzen. Ein Beitrag zur Lehre von den Krankheiten der Schilddrüse nebst Bemerkungen über den seelischen Zustand bei der Knochenerweichung.

(Sammlung zwangl. Abhandl. aus dem Gebiete der Nerven- u. Geisteskrankheiten Bd. V. Hft. 4 u. 5.)

Halle a. S., **Karl Marhold,** 1905.

Ein Fall von schwerem Basedow mit großem Kropf bei einem 47jährigen kyphoskoliotischen und x-beinigen irren Arbeiter, bei dem die Sektion trotz geringer klinischer Erscheinung hochgradige osteomalakische Veränderungen zutage förderte, veranlaßte H., den Beziehungen zwischen Osteomalakie und den Erkrankungen der Schilddrüse nachzuforschen. Er hat zu diesem Zwecke das Hofmeier'sche Material von puerperalen Knochenerweichungen einer sorgfältigen Nachuntersuchung unterzogen. Einen prinzipiellen Unterschied zwischen der puerperalen Form und den anderen, der senilen, infantilen usw., erkennt er nicht an. Er sieht vielmehr die Osteomalakie als eine einheitliche Krankheit an, die, ungleich verteilt, endemisch auftritt. Die Endemien sind alle an Kropfgegenden gebunden, während die sonst

als Ursache angeführte Malaria und Pellagra nur zuweilen nicht gesetzmäßig mit Osteomalakie endemisch vorkommen. Beide Krankheiten sind geographisch aneinander gebunden: wo Osteomalakie ist, sind auch Kröpfe, und wo es keine Kröpfe gibt, wird auch die Osteomalakie nicht beobachtet. Für Deutschland stellt sich die Sache derart, daß durch eine von NW nach SO gezogene Diagonale die südwärts im Gebirge liegenden Kropfgegenden von den nordöstlichen Teilen, wo der Kropf nur sporadisch zur Beobachtung kommt, geschieden werden. Südwestlich der Linie tritt auch die Osteomalakie endemisch auf, ebenso wie bekanntlich der Kretinismus; nordöstlich fehlt sie.

Bei der Mehrzahl der Osteomalakien finden sich, wenn auch öfters wenig ausgesprochen, einzeln oder kombiniert gewisse nervöse Symptome: Kongestionen, feinschlägiger Tremor, Schwindelanfälle, Tachykardie, Durchfälle usw., die in ausgesprochenem Maße gerade zum klinischen Bilde des Morbus Basedow gehören. H. faßt sie als thyreogene auf und reiht die Osteomalakie zu den Schilddrüsenerkrankungen. Er weist dabei auf die günstigen Erfolge der Phosphorbehandlung bei Knochenerweichung und Schilddrüsenerkrankung (besonders Morbus Basedow) hin und erklärt die Kastrationserfolge bei weiblichen Osteomalakischen aus der nach dieser Operation beobachteten Verminderung der Phosphorausscheidung (Tarulli, Curatulo). Hierdurch werde in vielen Fällen die infolge der Schilddrüsenerkrankung stets vermehrte Ausscheidung der Phosphorsäure bald mehr, bald weniger kompensiert, und die event. Unterschiede im Phosphorausgleich erklärten einerseits die Erfolge, andererseits die kleineren oder größeren Mißerfolge der Fehling'schen Operation. Maßgebend für den Erfolg sei das Zustandekommen des Phosphorgleichgewichts im Stoffwechsel; ob dies durch vermehrte Zufuhr oder verminderte Ausscheidung — Autotherapie durch Kastration — erreicht werde, sei irrelevant.

Da es sich also bei der Osteomalakie um eine Dys- bezüglich Hyperthyreosis handelt, empfiehlt Verf. therapeutisch die Resektion der Schilddrüse nach Analogie des Morbus Basedow. Es wäre wünschenswert, daß die Praxis die Theorie bestätigte.

Müller (Dresden).

---

5) **Beck.** Der Wert des Röntgenverfahrens in der Chirurgie.

(Moderne ärztliche Bibliothek Hft. 18/19. Berlin, **L. Simion Nachf.,** 1905.)

Der bekannte deutsch-amerikanische Verf., der sich um die Verwertung des Röntgenverfahrens namentlich in Amerika so große Verdienste erworben hat, gibt einen kurzen Überblick, welche Vorteile die Chirurgie dem verhältnismäßig so jungen Hilfsmittel verdankt. Die Lehre von den Knochenbrüchen hat eine völlige Umgestaltung erfahren, der Arzt ist in den Stand gesetzt, frühzeitig die Difformitäten zu erkennen und dadurch leichter zu beseitigen, selbst im Gipsverbande die Lagerung zu kontrollieren. In vielen Fällen hat das Röntgenbild dokumentarischen Wert. Für die Erkennung der Geschwülste an allen Teilen des Körpers, namentlich in den Körperhöhlen, leistet das

Röntgenverfahren hervorragendes, es läßt oft feststellen, ob und welche Operation vorgenommen werden soll; das gleiche gilt von den angeborenen Mißbildungen. Die Darstellung von Konkrementen der Niere hat eine große Vollkommenheit erreicht, während Gallensteine noch nicht sicher nachzuweisen sind. Entzündliche Vorgänge an den Knochen, Osteomyelitis, Tuberkulose, Cysten, sind ein dankbares Objekt für Skiaskopie. Die Knochenatrophie bezw. Verarmung an Kalksalzen als Vorläufer mancher entzündlichen Erkrankungen und als Folge von solchen wie von Verletzungen wird in ihrer Wichtigkeit gewürdigt. In der kurzen Übersicht sind nur allgemeinere Gesichtspunkte, keine technischen oder Einzelheiten gebracht. Den Schluß bildet der Hinweis auf die Gefahren und die therapeutische Verwendung der Strahlen.

Trapp (Bückeburg).

6) **A. Huguier.** Traitement des ankyloses par la résection orthopédique et l'interposition musculaire.

Thèse de Paris 1905.

Im ersten allgemeinen Teile behandelt Verf. zunächst die verschiedenen Substanzen, welche zur Verhütung neuer Ankylosenbildung nach ihrer operativen Beseitigung angewendet sind. H. verwirft alles tote Material, weil es entweder resorbiert wird oder als Fremdkörper liegen bleibt und so zu Reizungen Veranlassung gibt. Desgleichen ist er ein Gegner der Einlagerung von Hautstücken. Denn abgesehen davon, daß dieselben schwer keimfrei zu machen sind, haben sie den Nachteil, daß, wenn sie ihren normalen Zustand behalten, sie dann auch weiter in ihrer Funktion ungestört bleiben. Es kommt zur Abschuppung, die Talgdrüsen sezernieren weiter, und es treten so leicht Entzündungen und Retentionen nach Ansicht des Verf. ein. So bleibt nach ihm als einzig empfehlenswerte Methode die Einlagerung von Muskellappen. Zwecklos ist dieselbe naturgemäß da, wo die Atrophie der Muskeln soweit vorgeschritten ist, daß eine gute spätere Funktion aus diesem Grunde ausgeschlossen ist; angebracht ist dieselbe bei Entzündungen, die ihrem ganzen Charakter nach trotz Beseitigung der Ankylosen zu Rezidiven und erneuten Ankylosen neigen. Es sind dies in erster Linie die blennorrhoischen und stufenweis abgeschwächt die rheumatischen, tuberkulösen eitrigen und schließlich traumatischen. Daß naturgemäß das Alter des Pat., sowie der Erkrankung prognostisch eine wesentliche Rolle spielen, wird am Schluß dieses ersten Teiles ausgeführt. Im zweiten Teile werden die einzelnen Methoden an den verschiedenen Gelenken besprochen und mit Krankengeschichten erläutert. Hier sind besonders die französischen, aber auch die deutschen Verfahren teilweise mit sehr guten Zeichnungen eingehend beschrieben. Am ausführlichsten behandelt sind die Ankylosen des Kiefergelenkes und des Ellbogens. Bei letzteren zieht Verf. in allen Fällen, wo man die Ankylose manuell beseitigen kann und dann nur zur Vermeidung von Rezidiven einen Muskellappen interponiert, die bilaterale Eröffnung des Gelenkes vor, weil alsdann das Olecranon mit der

Tricepssehne und so eine bessere Funktion des Gelenkes erhalten wird, außerdem das Nachvornsinken des Armes verhindert wird. Andererseits ist bei dieser Methode die Interposition technisch schwieriger, und eine völlige Beweglichkeit wird gerade wegen des Olecranons selten erzielt. Den größten Wert legt Verf. auf die Nachbehandlung, verwirft hierbei alle forcierte Massage- und Bewegungsversuche, da besonders letztere mehr schaden als nützen können.

Coste (Straßburg i. E.).

7) **A. Ahlberg.** Über die »Esmarch'sche Blutleere« nach Unglücksfällen.

(Nord. med. arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 3. [Deutsch.])

An der Hand dreier näher erörterter Fälle von elastischer Einwicklung der Extremitäten wegen stark blutender Wunden, wo die elastische Binde zu spät entfernt wurde und der betreffende Teil der Extremitäten geopfert werden mußte, wiederholt Verf. die aus der allgemeinen Chirurgie bekannten Warnungen des Altmeisters Esmarch, seine Methode der Blutersparnis nicht planlos anzuwenden.

Jeder Arzt, der in der Provinz eine oder einige Meilen von einem Krankenhaus entfernt seine Tätigkeit hat, soll das blutende Gefäß unterbinden können. Wird die Wunde in der Richtung der Arterie verlängert, wird das blutende Gefäß bald für Unterbindung erreichbar. Mißlingt diese Operation entweder aus äußeren Gründen oder wegen tiefer Lage der Arterie, »mag der Arzt eine fortlaufende Naht über die Wunde legen und sich ein Aneurysma spurium bilden lassen und einen Kompressionsverband auf dieselbe legen«. — Durch einfaches Auskochen der herbeigebrachten Utensilien kann sogar eine völlig aseptische Operation auch in den schwierigsten äußeren Verhältnissen ausgeführt werden. Nach Beendigung der Operation müssen alle straffen Binden gelöst werden, damit der Kreislauf wieder in Gang kommen kann. Nötige Hochlagerung ist nicht zu vergessen. Mehr als 3 Stunden sollte überhaupt die Esmarch'sche Konstriktion niemals dauern.

Hansson (Cimbrishamn).

8) **J. A. Fordyce** (New York) and **M. F. Engmann** (St. Louis). Affections of the mucous membranes in their relation to skin diseases.

(Amer. dermatol. assoc. Niagara Falls 1904. Juni.)
(Journ. of cutan. diseases 1904. Nr. 9.)

Ausführliche Darstellung der Schleimhauterkrankungen der oberen Luftwege, des Mundes, der Urethra und Vagina und des Magen-Darmkanals bei Erkrankungen der allgemeinen Decke. Neben Ekzemen, Psoriasis, bullösen Dermatosen usw. finden Lues, Lichen planus, Lupus erythematosus und Lichen ruber eine übersichtliche Besprechung. Eine ausführliche Literaturzusammenstellung ist den Referaten beigegeben.

Urban (Berlin).



9) **Henle.** Zur Behandlung des akuten Schnupfens.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 6.)

In fünf Fällen — von denen einer eine chronische Rhinitis zeigte, keinen Erfolg — hat H. mit Erfolg die Bier'sche Stauung am Halse in einer Stärke von 25—30 mm Druck ausgeführt, und zwar durch etwa 3 Stunden hindurch. Die unangenehmen Sensationen des Kopfdruckes, des Kitzelgefühles schwinden bald. Auch die eigentlich katarrhalischen Erscheinungen gehen in außergewöhnlich kurzer Zeit zurück.

Borchard (Posen).

---

10) **Stenger.** Zur Kenntnis der Frühsymptome maligner Tumoren des Nasen-Rachenraumes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 13.)

Besonders bei den in der Gegend des Keilbeinkörpers sich bildenden Geschwülsten, die auf die Tubenmündung Einfluß haben müssen, können frühzeitig schwere Ohrenschmerzen auftreten, die im Gegensatz zu den Schmerzen bei Tubenkatarrh hartnäckiger Natur sind. Diese Beschwerden können den Symptomen von seiten der Nase vorausgehen.

Borchard (Posen).

---

11) **Groves.** On the advantages of enucleation of the tonsils over their removal by the guillotine.

(Bristol medico-chir. journ. 1905. März.)

Da bei der Entfernung der vergrößerten Mandeln mit dem Tonsillotom stets der tiefer gelegene Teil der Drüse zurückbleibt, da dieser oft stärker als der oberflächliche, manchmal sogar allein vergrößert ist, und da eine Rückbildung des zurückgelassenen Teiles nicht immer eintritt, so führt G. an Stelle der Tonsillotomie die Enukleation der Gaumenmandel in folgender Weise aus: in tiefer Narkose Ausschälung mit dem Finger, event. noch Einschneiden der Schleimhaut zwischen Mandel und vorderem Gaumenbogen, von oben nach unten; die ausgeschälte Mandel wird mit einer gefensterten Zange gefaßt und der zurückbleibende Stiel abgedreht oder durchschnitten. Die Blutung ist geringer als bei der gewöhnlichen Tonsillotomie.

Die Enukleation ist die einzige Methode, welche, besonders bei Erwachsenen und bei tief hinter den Gaumenbögen zurückliegender Mandel ihre vollständige Entfernung erlaubt.

Mohr (Bielefeld).

---

12) **Tarnowski.** Contrecoup fracture of the sternum.

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

Die Brüche des Brustbeines kommen nach T. a. durch direkte, b. durch indirekte Gewalt, oder c. durch Muskelzug zustande. Im letzteren Falle war der Rumpf gewöhnlich forciert nach hinten übergebeugt, und wurde der Bruch durch den Zug der Mm. recti und sternocleidomastoidei bewirkt. Der indirekte oder durch Kontercoup

hervorgerufene Bruch entsteht meistens beim Fall auf Kopf und Schultern, wenn der Körper dabei stark vornüber gebeugt wird (Purzelbaumschlagen). Dieser Bruch durch Kontercoup liegt fast immer zwischen Manubrium und Körper des Brustbeines. Nach der von Serviers angegebenen Theorie werden bei dieser Art des Fallens auf Kopf und Schultern die Rippen nach vorwärts und aufwärts auf das Brustbein gedrückt. Nach T. kommen jedoch noch zwei Hilfskräfte hinzu: 1) der erhöhte intrathoracische Druck bei forcierter Exspiration und verschlossenem Kehldeckel, wie er beim Fallen auf die Brust infolge Choks eintritt, 2) eine keilförmig auf das Brustbein einwirkende Kraft des zweiten Rippenpaares.

Von einer eigentlichen Fraktur könnte man nur dann reden, wenn wirklich immer eine knöcherne Vereinigung zwischen Handgriff und Körper des Brustbeins vorhanden wäre; das ist aber nach der Statistik von Rivingston nur in 6% der Fall. Die Krankheitserscheinung des in Rede stehenden durch Kontercoup hervorgerufenen Bruches sind folgende: Schmerz zwischen Manubrium und Körper des Brustbeines, welcher bei tiefen Atmen stärker wird, schiefe nach vorn und seitlich gerichtete Kopfhaltung, Auftreibung am Brustbein in der Höhe der zweiten Rippe, da sich der Körper über den Handgriff schiebt (wenigstens in 85% der Fälle). Krepitation ist selten.

Die Brüche heilten mit Verschiebung des unteren Bruchendes über das obere in etwa 8 Wochen.

Die Behandlung besteht in Verabreichung von Opiaten gegen den Hustenreiz, ruhiger Lage mit nach hinten übergebeugten Kopf und Einschieben eines Kissens zwischen die Schulterblätter. Eine operative Behandlung kommt nur bei alarmierenden Erscheinungen, wie z. B. Dyspnoe, in Frage.

Herhold (Altona).

---

13) **Starck.** Die direkte Besichtigung der Speiseröhre. Ösophagoskopie. Ein Lehrbuch für den Praktiker.

Würzburg, **A. Stuber's** Verlag **(C. Kabitzsch),** 1905. 219 S. mit 3 farbigen Tafeln und 20 Abbildungen.

Von der Tatsache ausgehend, daß die Ösophagoskopie bisher nicht die ihr zukommende Würdigung und Verbreitung gefunden, sucht Verf. den Grund darin, daß sie noch nicht genügend bekannt sei, und in ihrem Wert und ihren Zielen sehr häufig noch falsch beurteilt werde. Sein Lehrbuch soll daher das Interesse für die Ösophagoskopie wecken und Vorurteile besiegen helfen.

Nach kurzem geschichtlichen Abriß bespricht Verf. das beste Instrumentarium, das im wesentlichen das von v. Mikulicz, dem eigentlichen Begründer der Ösophagoskopie, angegebene ist. Im technischen Teile gibt er dem Anfänger bis ins kleinste genaue Vorschriften und wertvolle Winke. Die dann im speziellen Teile folgende Pathologie bringt, unterstützt durch Krankengeschichten und ausgezeichnete farbige ösophagoskopische Bilder, eine Übersicht aller in Betracht kom-

menden Erkrankungen und ihre Therapie. Nicht nur der Anfänger, sondern auch der Geübtere wird hier alles finden, was er braucht.

Hoffen wir, daß es dem ausgezeichneten Buche gelingen möge, die auch für die Praxis so wichtige — es sei nur an die Fremdkörper des Ösophagus erinnert — und technisch viel leichtere Methode, als gewöhnlich angenommen wird, mehr und mehr einzubürgern.

Renner (Dresden).

---

14) **H. Starck** (Heidelberg). Fremdkörperextraktion im Ösophagoskop.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

Das sicherste diagnostische Mittel zur Erkennung eines in der Speiseröhre steckengebliebenen Fremdkörpers ist die Ösophagoskopie; unterstützend wirken die Röntgendurchleuchtung und die Sondierung mit der Divertikelsonde oder dem dicken weichen Magenschlauch. Erstere Methode gibt auch den sichersten Aufschluß über die topographische Lage des Fremdkörpers, deren Kenntnis für jede Art der Extraktion von Bedeutung ist. Sie ist stets und möglichst frühzeitig anzuwenden. Die schonendste und sicherste Therapie der Fremdkörper jeder Tiefe ist möglichst frühzeitige Extraktion im Ösophagoskop mittels einer von S. besonders bewährt befundenen Zange (konstruiert von Wilh. Walb Nachf., Heidelberg) oder mittels einer Hakensonde (vier Fälle von S.). Jeder andere Extraktionsversuch, jede gewaltsame Sondierung, jeder Versuch, den Fremdkörper in den Magen zu stoßen, ist zu vermeiden. Gelingt die Extraktion des Fremdkörpers im Ösophagoskop nicht, dann soll bei hochsitzenden Fremdkörpern die Ösophagotomie, bei tiefsitzenden die Gastrotomie ausgeführt werden. (S. außerdem die vom Ref. in Nr. 50 (1904) ds. Bl. empfohlene Methode.)

Kramer (Glogau).

---

15) **O. Wild.** Die Untersuchung der Luftröhre und die Verwendung der Tracheoskopie bei Struma.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 1.)

Neben der äußeren Untersuchung der Trachea fordert W. in jedem Falle von Kropf auch eine vollständige innere Untersuchung der Luftröhre. Nach Besprechung der einschlägigen anatomischen Verhältnisse geht er auf alle Methoden der Tracheoskopie ausführlich ein. Die obere und untere indirekte und die obere und untere direkte Tracheoskopie werden mit allen Modifikationen während ihrer historischen Entwicklung und unter ausführlicher Schilderung der zurzeit am meisten bewährten Technik besprochen.

Die tracheoskopischen Befunde bei Kröpfen werden durch zahlreiche zum Teil farbige Abbildungen erläutert. Die vorkommenden Luftröhrenveränderungen werden eingeteilt in Verlagerungen der Luftröhre bei normaler Lichtung, spiralige Drehungen, Verengerungen, Veränderungen der Trachealwände selbst und Kombinationen der

verschiedenen Veränderungen. Als Material liegen die Befunde an 1000 Kropfkranken der Arbeit zugrunde. Wegen der Fülle interessanter Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden. Nach der Überzeugung des Verf. ist die Tracheoskopie »eine technisch gut ausgebildete und deshalb allgemein anwendbare, unentbehrliche klinische Untersuchungsmethode«.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

16) **P. Tridon.** Sur la pathogénie de la surélévation congénitale de l'omoplate.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 6.)

Auf Grund der bisher vorliegenden Beobachtungen aus der Literatur und eigener Erfahrungen — an Zahl 82 — stellt Verf. zunächst fest, daß es sich bei dem Hochstande des Schulterblattes nicht um eine »Verschiebung« des Knochens nach oben, entsprechend dem ersten Eindruck Sprengel's, sondern wirklich um einen solchen angeborenen Zustand handelt. Als wesentliche Ursache kommt ein primitiver Entwicklungsfehler allein in Betracht. Auf dieser Grundlage unterscheidet Verf. zunächst zwei Gruppen. In die erste, fast die Gesamtheit der Fälle umfassende Gruppe gehören diejenigen, bei welchen es sich um einen primitiven Anlagefehler des cervikoskapularen Knochengürtels handelt, wobei das häufiger beobachtete Wirbelsäule-Schulterblattzwischenknochenstück ursächliche Bedeutung auch gerade für die abnorme Stellung des Schulterblattes haben, oder selbst nur eine Begleiterscheinung darstellen kann. Bei den sehr wenigen Fällen der zweiten Gruppe scheint die primäre Störung nicht das Schulterblatt und die benachbarten Knochen zu betreffen, sondern das Bild wird beherrscht von Muskulaturfehlern im Fötalleben, bedingt durch Entwicklungshemmungen oder sekundär im Gefolge von infektiösen oder mechanischen Schädigungen des Nervensystems auftretend. Zur ersten Gruppe gehören dann weitere Unterabteilungen, je nachdem nur Lageverhältnis und Größe, ferner Formabweichungen des Schulterblattknochens allein in Frage kommen, oder ob auch das Achsenskelett sich an den Veränderungen beteiligt — Vorhandensein oder Fehlen von Halsrippen, überzähligen Knochen, Wirbelspalten u. dgl.

Therapeutisch hat weder die orthopädische noch die operative Behandlung durchgreifende oder auch nur einigermaßen befriedigende Erfolge gezeitigt; am meisten ist noch durch die Loslösung des Schulterblattes von den knöchernen Anhängen und Auswüchsen für die Freimachung der Schulterbewegungen erzielt worden.

Herm. Frank (Berlin).

---

17) **Estor.** De l'hemostase provisoire et préventive dans les désarticulations scapulo-humérale et coxo-femorale et dans les amputations interessant le quart supérieur des membres.

(Semaine méd. 1905. Nr. 10.)

Es ist bekannt, daß der Esmarch'sche Gummischlauch bei hoher Amputation des Oberschenkels und des Oberarmes schwer so anzu-

legen ist, daß derselbe nicht gelegentlich abgleitet. Dies zu vermeiden gibt Verf. folgendes Verfahren an. An der Stelle, wo der Schlauch angelegt werden soll, werden mit vier Kocher'schen Pinzetten Hautfalten von 1 cm Höhe gefaßt, und zwar je eine am oberen vorderen und hinteren Rande der Achselhöhle und entsprechend am unteren vorderen und hinteren Rande derselben. Zentralwärts von diesen Klammern wird der Gummischlauch angelegt. Die Klemmen werden über diesen Schlauch umgebogen, so daß er zwischen ihnen und der Haut des Rumpfes liegt. Ein zweiter Gummischlauch wird alsdann durch die Ösen der Klemmen gezogen und um den Thorax geleitet. Es ist ersichtlich, daß so der eigentlich konstringierende Schlauch nicht unter den Klemmen hervorrutschen kann, solange die Klemme die Hautfalte festhält. In ähnlicher Weise geht Verf. bei der unteren Extremität vor.

Coste (Straßburg i. E.).

18) **Codmann** and **Chase**. The diagnosis and treatment of fracture of the carpal scaphoid and dislocation of the semilunar bone.

(Annals of surgery 1905. Nr. 3.)

Die Verff. sprechen sich gegen die Ansicht Pfitzner's aus, nach welcher das Kahnbein aus zwei Knochenkernen entstehe, und nach welcher deswegen oft ein Os naviculare bipartitum angetroffen werde. Sie meinen vielmehr, daß es sich in diesen Fällen von Os naviculare bipartitum um alte, nicht vereinigte Brüche des Knochens handele. An der Hand von 18 am Schluß der Arbeit näher geschilderten Fällen besprechen sie den Kahnbeinbruch. Die Symptome bestehen in Druckempfindlichkeit des betreffenden Knochens, leichter Schwellung über der radialen Hälfte des Handgelenkes an der unteren Fläche, welche sich in akuten Fällen über das ganze Handgelenk erstrecken kann. Schmerzen treten besonders auf, wenn mit extendierter oder gedrehter Hand ein Druck nach vorn ausgeübt wird, wie z. B. beim Aufmachen einer Tür. Der Schmerz wird am stärksten in der Furche zwischen Extensor carpi radialis und Extensor pollic. long. gefühlt (snuff-box). Krepitation und Blutungen sind niemals nachzuweisen. Verwechslung mit arthritischen oder tuberkulösen Prozessen sind bei veralteten Fällen möglich, das Röntgenbild klärt jedoch auf, vorausgesetzt, daß das Kahnbein mit seiner ganzen longitudinalen Achse auf dem Bilde vorhanden ist. Auch bei alten Frakturen ist Callus selten; das proximale Bruchstück ist in alten Fällen atrophisch. Eine Vereinigung der Fragmente tritt sehr selten ein und nur dann, wenn das Handgelenk durch Schienen mehrere Wochen fixiert war; aber das funktionelle Resultat ist dann auch nicht besser, als wenn keine knöcherne Vereinigung erfolgte. Man kann nach den Verff. versuchen, eine knöcherne Heilung durch Ruhigstellung zu erreichen, wenn man die Fälle sehr bald nach dem Trauma in Behandlung bekommt; tritt eine Vereinigung nicht ein und bestehen Beschwerden,

so soll mit der blutigen Exstirpation des proximalen Endes nicht zu lange gezögert werden. Diese Operation wird unter lokaler Anästhesie ausgeführt und sie ist sehr einfach. Der Schnitt liegt auf dem Handrücken parallel und dicht an der inneren Seite des Extensor carpi radialis.

Herhold (Altona).

---

19) **F. Lejars.** Traitement des plaies par écrasement de la main.

(Semaine méd. 1905. Nr. 9.)

Bei den Zertrümmerungen und schweren Quetschungen der Hand ist L. ein Gegner der ultrakonservativen Behandlung. Denn die Gefahren einer Infektion und fortschreitenden Phlegmone, die Schmerzen und lange Dauer der Behandlung mit gänzlicher Erwerbsunfähigkeit werden durch das definitive Heilresultat in der Regel nicht belohnt. Ein in Streckstellung geheilter, unbeweglicher, steifer Finger, das chronische Ödem der Hand, die zum Aufbrechen neigenden fest verwachsenen Narben, die Ankylosen im Handgelenke sind für die Funktion der Hand oft schlechter wie ein gut vernarbter Stumpf mit einer passenden Prothese. Aus diesem Grunde empfiehlt L. von Anfang an eine gründliche Entfernung aller gequetschten Teile, vor allem aber der zermalmten Knochen und zerrissenen Sehnen. Die primäre Sehnennaht soll nur da versucht werden, wo die Garantie einer späteren guten Funktion einigermaßen gewährleistet werden kann.

Coste (Straßburg i. E.).

---

20) **Joachimsthal.** Dauerresultate nach der unblutigen Einrenkung angeborener Hüftverrenkungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

An der Hand einer größeren Anzahl von Röntgenbildern illustriert Verf. die Dauerresultate der Einrenkungen, welche er im Gegensatze zu früher neuerdings rein manuell ausführt. Er hält auch heute noch an einer möglichst kurzen Fixationsperiode fest, die er in der Regel nicht über 3 Monate ausdehnt und nur dann verlängert, wenn eine Reluxation eingetreten ist. Bei doppelseitigen Verrenkungen bevorzugt er das zweizeitige Verfahren, einmal in Rücksicht auf die Unbequemlichkeiten, die der nach Einrenkung beider Seiten notwendige Verband für die Kinder mit sich bringt, hauptsächlich aber, weil nach seiner Ansicht ein Abgleiten des Kopfes aus dem Bereiche des Pfannendaches am wirksamsten durch die künstlich herbeigeführte Beckensenkung vermieden wird.

Die vollkommenen Heilungsresultate, die Verf. demonstriert, sind bisher nur in 60% der Fälle zu erzielen, während wir uns in den übrigen mit Transpositionen des Kopfes begnügen müssen. Aus den Ausführungen geht hervor, daß schöne Resultate mit verhältnismäßig geringer Belästigung des Pat. in kurzer Zeit zu erzielen sind und auch bei jahrelanger Beobachtung standhalten.

Langemak (Erfurt).



21) **Pierre** (Berck-sur-mer). Des indications, qu'on peut tires des mensurations méthodiques de la grosseur de la cuisse dans les arthrites tuberculeuses du genou et de la hanche.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 4.)

Verf. zieht aus der Muskelatrophie bei tuberkulösen Knie- und Hüftgelenksentzündungen — er spricht nur von tuberkulösen Leiden — die weitestgehenden Schlüsse. Lediglich durch das Vorhandensein einer Atrophie ist er in einzelnen Fällen auf die Diagnose des Gelenkleidens geführt worden; die Atrophie ist proportional der Heftigkeit der Entzündung, wie sie sich auch in den Schmerzen äußert; man kann aus ihrem Fortbestehen »trotz vollkommener Immobilisierung des Gelenkes« und der dadurch erzielten günstigen Beeinflussung der Schmerzen fast sicher auf einen Abszeß schließen, welcher schon da ist, oder noch kommen wird. Die Atrophie besteht, so lange das Gelenk krank ist; bevor sie nicht verschwindet, darf man das Gelenk nicht für geheilt ansehen. Sie wechselt mit dem Allgemeinzustande, welcher durch vorübergehende konstitutionelle Erkrankungen, wie sonstige Infektionen, besonders aber durch Verdauungsstörungen gegen die tuberkulöse Virulenz widerstandsunfähiger wird. In solchen Fällen magert das betroffene Glied stärker ab wie das entsprechende gesunde. Das sicherste Kennzeichen für volle Ausheilung ist das Wiedererstarken der Muskulatur bis zu ihrer physiologischen Ausbildungshöhe. Ist das Gelenk wieder gesund, so führt ein Schlag, Anstoß gegen das Glied zu einer einfachen reflektorischen Zuckung; entsteht eine Kontraktur im Muskel, so besteht trotz des Fehlens aller sonstigen Erscheinungen das Leiden fort. Bei der Behandlung der Muskulatur muß man mit künstlichen Reizen, Massage, Elektrizität, äußerst vorsichtig sein. An sich sind sie nicht nötig, höchstens können sie in späteren Stadien angebracht sein, um das Gleichgewicht unter den Antagonisten herzustellen, wenn eine Gruppe das Glied in eine falsche Stellung zu bringen droht. **Herm. Frank** (Berlin).

---

22) **Eisendrath.** Fractures of the tarsal bones.

(Annals of surgery 1905. Nr. 3.)

E. bespricht die Brüche des Sprung- und Fersenbeines. Er unterscheidet: 1) Kompressionsbrüche, die am häufigsten vorkommen und dadurch entstehen, daß beim Fall auf die Fußsohle das Gewicht des Körpers auf die genannten Knochen einwirkt und dieselben dadurch zwischen Unterschenkelknochen und Bodenfläche eingekeilt werden. Gewöhnlich ist hierbei eine Verrenkung des Sprungbeines und ein Bruch des Knöchel vorhanden. 2) Fraktur des Sprungbeinhalses, welche infolge plötzlicher Dorsalflexion des Fußes entsteht, indem der vordere Rand der Tibia auf den Hals drückt; meistens ist sie mit einer Fraktur des inneren Knöchels verbunden. 3) Fraktur des Talus und Calcaneus infolge forcierter Pronation oder Supination, wobei die starken Bänder halten und der Knochen bricht. 4) Frakturen des

Calcaneus infolge forcierter Muskelaktion der Wadenmuskel (Gastrocnemius und Soleus); hierbei wird durch die Achillessehne ein Stück vom Fersenbein abgerissen. 6) Zermalmungsfrakturen durch Überfahren. 7) Schußfrakturen. Die Diagnose der Brüche des Sprung- und Fersenbeines ist nicht immer leicht zu stellen. Die Gegend des Fußgelenkes ist geschwollen, namentlich sind die hinter und unterhalb der Knöchel liegenden Gruben gänzlich verstrichen. Krepitation und abnorme Beweglichkeit, Verkürzung des Fußes, Dislokation des Fußes und namentlich das Röntgenbild werden auf die richtige Fährte führen. Was die Behandlung betrifft, so empfiehlt E. bei Frakturen ohne Dislokation Ruhigstellen durch abnehmbare Gipshülse usw. im rechten Winkel auf die Zeit von 8 Wochen und Massage, die bereits am 3. oder 4. Tage beginnt. Nach Ablauf von 8 Wochen kann auf den Fuß aufgetreten werden. Frakturen mit Dislokation der Knochen werden, wenn Gefahr der Hautnekrose vorhanden ist, am besten in offene verwandelt; die abgerissene Achillessehne ist wieder an den Knochen zu nähen; bei starker Splitterung der Knochen müssen dieselben eventuell entfernt werden. An fünf eingehend geschilderten Fällen werden die geäußerten Ansichten erläutert.

Herhold (Altona).

---

23) **C. Nieny** (Schwerin). **Zur Behandlung der Fußdeformitäten bei ausgedehnten Lähmungen.**

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 1.)

Da bei der Behandlung von paralytischen Klumpfüßen und ähnlichen Leiden durch Arthrodese des oberen Sprunggelenkes nur die Equinus- resp. Calcaneusstellung korrigiert wird, macht man häufig die Beobachtung, daß nach Erschlaffung der operativ verkürzten Sehnen die frühere Varus- oder Valgusstellung mehr oder weniger wieder zum Vorschein kommt. Um diesem Übel abzuhelfen, hat Verf. einen anderen Weg als bisher eingeschlagen: er empfiehlt die Arthrodese des unteren Sprunggelenkes und korrigiert die Equinusstellung ebenfalls tendinös. Hierdurch verhindert er einerseits die seitliche Deformität durch Verödung der betreffenden Gelenke und sichert sich andererseits im Interesse der Gehfähigkeit die Möglichkeit einer wenn auch geringen Beweglichkeit des oberen Sprunggelenkes, zumal da in den meisten Fällen der Gastrocnemius noch etwas funktioniert und deshalb tunlichst zu verwerten ist.

Zur Arthrodese des unteren Sprunggelenkes benutzt N. einen Bogenschnitt um den äußeren Knöchel, der in der Gegend der Chopart'schen Gelenklinie bis zur Mitte des Fußrückens wieder hinaufsteigt. Das Aufklappen des Gelenkes gelingt leicht, wenn die Streck- und Peronealsehnen gut abgezogen werden und der Fuß vom Assistenten in starker Varusstellung gehalten wird.

Bei vier Fällen von sehr schlaffen Equinovaris, die vom Verf. nach obiger Methode operiert sind, hat sich dieselbe gut bewährt.

Hartmann (Kassel).

---

24) **C. Helbing.** Über Wesen und Behandlung des Plattfußes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 13.)

In der Absicht, die Plattfußbehandlung auch dem praktischen Arzte zugänglich zu machen, gibt H. eine sehr eingehende und anschauliche Darstellung des in der Universitäts-Poliklinik für orthopädische Chirurgie zu Berlin geübten Verfahrens. Der ausgebildete Plattfuß stellt einen Pes plantarflexus, pronatus, abductus, dorsalflexus dar und zeigt im Profil statt des inneren Fußbogens eine eigentümliche charakteristische Zickzacklinie. Nur bei Plattfüßen, die noch nicht im Stadium der Pronationskontraktur sind, kann mit Einlagen eine sichere Heilung erzielt werden. Die Herstellung der Zelluloideinlagen nach Lange wird in etwas modifizierter Weise bis ins kleinste Detail geschildert und durch Zeichnungen illustriert.

Beim kontrakten Plattfuß gelingt es in den meisten Fällen durch 8tägige absolute Bettruhe und durch hydropathische Umschläge und heiße Fußbäder den Fuß wieder zu mobilisieren. Bei schweren Fällen wird mit, in leichteren ohne Narkose nach der Mobilisierung der Fuß für 4 Wochen in möglichst starker Supinationsstellung eingegipst und dann erst die Therapie mit Plattfußeinlagen angewendet. Spitze Schuhe und solche mit hohen Absätzen sind zu verwerfen. Der Schuh soll an der Innenseite am längsten und der vordere Teil der Sohle etwas nach einwärts gearbeitet sein. Eine leichte Erhöhung sowohl der inneren Fläche der Sohle als auch des Absatzes ist zweckmäßig.

Von operativen Eingriffen werden bei kontraktem Plattfuß ausgeführt:

1) Die subkutane Tenotomie nach Bayer, 2) die Sehnenplastik: Verlängerung der lateralen Hälfte der Achillessehne und Transplantation der medialen Hälfte auf die vorher verkürzte Sehne des Tibialis post. 3) Sehnenverlagerung: Befestigung der Sehne des Tibialis ant. an der unteren Fläche des Os naviculare nach Bildung eines Knochenkanales. 4) Verkürzung der Sehne des Tibialis post., besonders bei hochgradigem Knickfuß. 5) In den allerschwersten Fällen von ankylotischem Plattfuß die Operationsmethoden von Ogston und Gleich.

Langemak (Erfurt).

---

25) **C. Mougend de Saint-Avid.** Des amputations économiques du pied.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1904.

Bei den Exartikulationen am Fuß ist die Methode am besten, welche soviel wie möglich von der Fußwurzel erhält, außerdem einen brauchbaren Stumpf liefert. Verf. hält die Stümpfe für die brauchbarsten, bei denen Beweglichkeit im Fußgelenk erhalten bleibt. Er empfiehlt in erster Linie den Chopart, trotzdem er seinen Fehler — weshalb ihn andere Chirurgen vermeiden — zugibt, nämlich die fehlerhafte Stellung des Fußstumpfes. Weil er auf die Beweglichkeit des

Stumpfes so großen Wert legt, empfiehlt er überall da, wo der Chopart nicht mehr möglich ist, die von Ricard empfohlene Modifikation des Lisfranc. Abgesehen davon, daß der Hautschnitt ein anderer ist, der mehr Weichteile übrig läßt, besteht der wesentliche Unterschied darin, daß Ricard die Knöchel nicht absägt, vielmehr den Calcaneusstumpf in die Gabel der Malleolen einfügt, so daß hierdurch eine Beweglichkeit des Stumpfes erzielt wird. **Coste** (Straßburg i. E.).

Kleinere Mitteilungen.

26) **C. Blauel.** Ein mehrteiliger Tupferbehälter für den Dampfsterilisator.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 405.)

B. beschreibt und bildet ab einen sechs- bezw. zwölfteiligen Tupferbehälter, der von v. Bruns angegeben worden ist und sich in jahrelangem Gebrauch in der Tübinger Klinik sehr bewährt hat. Er ermöglicht es in sehr bequemer Weise, für jede Operation einen neuen Tupferkasten in sicher sterilem Zustande bereit zu halten. Der Preis schwankt je nach Ausführung zwischen 25 und 75 ℳ für den sechsteiligen und zwischen 40 und 130 ℳ für den zwölfteiligen Behälter. Fabrikant ist Flaschner W. Dinkel in Tübingen. **M. v. Brunn** (Tübingen).

27) **M. Hohlfeld.** Über Osteogenesis imperfecta. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 7.)

Der mitgeteilte Fall von obiger Krankheit betrifft ein im August 1904 geborenes, noch lebendes Kind von gedrungenem Körperbau mit weichem Hinterhaupt, Fraktur des rechten Humerus, spindelförmiger Verdickung des linken, dessen unteres Diaphysenende schirmartig verbreitert ist, mit Infraktion der linken Ulna, ringförmigen Verdickungen am rechten Femur und Knickung der rechten Tibia usw. bei Fehlen von Verdickungen der Epiphysen. Der zugrundeliegende Krankheitsprozeß ist im Gegensatz zu dem die Rachitis bedingenden durch außerordentlich mangelhafte Ausbildung von Knochensubstanz (dünne Knochenbälkchen, auffallend kleine Osteoblasten usw.) ausgezeichnet, die die Ursache der Knochenbrüchigkeit ist; durch letztere unterscheidet sich das Leiden von der fötalen Chondrodystrophie. — Im Laufe der weiteren Beobachtung des Kindes sind trotz zunehmender Knochenfestigkeit noch drei neue Frakturen an der rechten Ulna und am rechten Femur entstanden, die Knochenverbiegungen z. T. geringer geworden, das Kind etwas gewachsen und kräftiger entwickelt. **Kramer** (Glogau).

28) **Kretschmann.** Sepsis, verursacht durch Empyem der Nasennebenhöhlen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 8.)

Ein 48jähriger Mann erkrankte nach sehr heftigem, 3 Tage anhaltendem Nasenbluten mit Fieber infolge eines wahrscheinlich schon seit Jahren bestehenden, neuerdings verschlimmerten Empyems der linken Highmors- und Stirnhöhle, lehnte die Operation desselben ab und ging innerhalb 4 Wochen bei zunehmender Verschlechterung des Allgemeinbefindens, trotz Fehlens von Fieber in der letzten Zeit, bei Hinzutreten von reflektorischer Kieferklemme plötzlich an Herzschwäche zugrunde. Die Obduktion ergab, daß letztere durch Sepsis, welche sich von der stinkenden Eiterung in der linken Kiefer- und Stirnhöhle aus entwickelt hatte, bedingt war, und daß in der linken Nasenhöhle ein großes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern bestand, die Knochenwandungen der Nebenhöhlen gesund waren.

Kramer (Glogau).



29) **A. Wölfler.** Über die Naht des Nervus hypoglossus.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 294.)

Ein 38jähriger Mann brachte sich bei einem Selbstmordversuche zwei Schnittwunden am Halse bei, von denen die eine den rechten N. hypoglossus durchtrennte. Die $4^1/_2$ Monate später ausgeführte Nervennaht war von Erfolg. Nach etwa $^1/_2$ Jahre besserte sich die Beweglichkeit der Zunge und die Sprache.

Nach Angabe des Verf. ist dies die erste Naht des Hypoglossus. Sechs weitere Fälle, in denen dieser Nerv verletzt, aber nicht genäht wurde, werden referiert.

M. v. Brunn (Tübingen).

30) **M. B. Schmidt** (Straßburg i. E.). Röhrenblutungen im Rückenmark.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 7.)

Demonstration eines Rückenmarkes von einem 68jährigen Manne, das im Bereiche des 3.—8. Dorsalsegmentes in einer Länge von 13 cm axial ausgehöhlt ist. Die graue Substanz ist hauptsächlich Sitz der Zertrümmerung. Diese Hämatomyelie war durch Wirbelfraktur (5. und 6. Brustwirbel) 8 Tage vor dem Tode entstanden. Im Anschluß hieran zeigt S. die Präparate eines zweiten Falles, in welchem bei Zertrümmerung der Bandscheibe zwischen 5. und 6. Halswirbel die Basis des einen Hinterhornes auf eine große Länge des Hals- und Brustmarkes von einer engen, blutgefüllten Höhle durchzogen war. Vortr. glaubt, daß diese Röhrenblutungen nur bei Wirbelverletzungen mit vorübergehender Kompression vorkommen. Wichtig sind die äußerst interessanten Befunde für die Beurteilung der traumatischen Syringomyelie. **Borchard** (Posen).

31) **Verger.** Un cas de goitre exophthalmique traité par les injections modificatrices intra-thyroïdiennes.

(Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux 1904. Juli 29.)

26jährige Pat. mit Morbus Basedow, welcher vor 6 Monaten nach einem Sturze von der Straßenbahn eingesetzt hatte. Behandlung nach Pitres mit Einspritzungen von Jodoformäther mit Kokain in die Schilddrüse, im ganzen sieben Einspritzungen in 3 Monaten. Von den ersten Einspritzungen an Nachlaß sämtlicher Erscheinungen, besonders des Exophthalmus; Struma ganz verschwunden. Die Besserung hielt ein Jahr später noch an; der Allgemeinzustand war bedeutend günstiger geworden.

Ein Myxödem nach den Einspritzungen hat V. weder in diesem noch in anderen ebenso behandelten Fällen auftreten sehen. **Mohr** (Bielefeld).

32) **A. Reitzenstein** (Nürnberg). Die Diagnose und Extraktion von Fremdkörpern der Speiseröhre mit dem Ösophagoskop.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

Einer von Starck aufgenommenen Statistik von 59 Fremdkörpern, bei welchen zur Diagnose und Therapie das Ösophagoskop gebraucht, und unter denen in 55 Fällen die Extraktion in diesem erfolgreich ausgeführt wurde, fügt R. sechs weitere, mit gleich günstigem Resultate behandelte hinzu. In drei derselben wurde die Extraktion erst mehrere Tage nach dem Hineingeraten des Fremdkörpers in die Speiseröhre, in der bei zwei der Pat. bereits schwere Veränderungen der Schleimhaut entstanden waren, vorgenommen und war dementsprechend schwierig; in einem dieser drei Fälle war weder durch Sonden- noch durch Röntgenuntersuchung die verschluckte Gebißplatte nachzuweisen gewesen und erst durch das Ösophagoskop die Diagnose sicher gestellt worden, wie auch die Entfernung geglückt. In einem der übrigen drei Fälle handelte es sich um eine in einem tiefsitzenden Ösophagusdivertikel steckengebliebene zusammengerollte Gänsehaut, die extrahiert werden konnte; in einem anderen entschwand das Gebiß nach Lockerung mit der Zange nach unten und wurde später per anum entleert. **Kramer** (Glogau).



33) **O. Franck.** Über Ösophagusaufblähung zur Beseitigung eines Fremdkörpers.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

In dem mitgeteilten Falle gelang es, das bereits einige Tage in der Speiseröhre wahrscheinlich tief unten stecken gebliebene Fleischstück durch die verengte Stelle dadurch hindurchzutreiben, daß Pat. angewiesen wurde, eine Brausepulvermischung rasch zu trinken und danach alles Aufstoßen durch festes Zuhalten von Mund und Nase zu vermeiden; das sich entwickelnde Gas hatte den Bissen durch die Stenose hindurchgedrückt. Der Fall ereignete sich an Bord eines Schiffes auf hoher See. **Kramer** (Glogau).

34) **A. Reitzenstein** (Nürnberg). Über die Dilatation zikatrizieller Stenosen der Speiseröhre durch das Ösophagoskop.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 12.)

R., welcher in zwei Fällen das obige Verfahren angewandt hat, stellt sich zu demselben wie folgt: Wenn Narbenstenosen der Speiseröhre auf gewöhnliche Weise nicht sondierbar sind, soll, bevor man sich zu einem operativen Vorgehen entschließt, versucht werden, ob die Stenose durch das Ösophagoskop nicht doch noch passiert werden kann, und wenn dies der Fall ist, soll man die Dilatation durch Laminariastifte, ausgezogene Gummidrainsonden oder biegsame Metallsonden (Spiralsonden nach Windler) zu erreichen suchen. Mißlingt dies, so mache man nach vorausgegangener Gastrostomie unterhalb und vis-à-vis der Cardia die retrograde Sondierung durch das in die Magenfistel eingeführte Ösophagoskop oder die Sondierung ohne Ende nach v. Hacker. Erfordert der Kräftezustand sofortige Ernährung, so ist die Gastrostomie ohne Zögern sofort zu machen. Gelingt es nach der Gastrostomie nicht, eine Darmsaite oder ein an einem Seidenfaden befestigtes Silberkügelchen durch die Stenose zu bringen, so ist als weitere Operation die Oesophagotomia externa oder die kombinierte Ösophagotomie unter Anwendung des Ösophagoskops bei Ausführung des internen Schnittes angezeigt. — In R.'s erstem Falle gelang die Dilatation durch das Ösophagoskop vollständig, im zweiten mußte die Gastrostomie mit retrograder Ösophagoskopie vorgenommen werden; hierdurch glückte zwar die retrograde Dilatation einer 3 cm oberhalb der Cardia gelegenen Stenose, bisher aber nicht die Entrierung der höher oben im Halsteile der Speiseröhre befindlichen. **Kramer** (Glogau).

35) **Nota.** Un caso di grave stenosi esofagea; esito di scottatura da causa clinica. Divulsione dell' esofago. Guarigione.

(Giorn. di R. accad. di med. di Torino 1904. Nr. 11 u. 12.)

Ein Kind von 2 Jahren trinkt Natronlauge. Es entwickelt sich eine Narbenstenose der Speiseröhre, welche nach 8 Monaten nur für Nr. 6 Charrière durchgängig ist und 21 cm hinter der Zahnreihe liegt. N. nähte zuerst den Magen an; nach 4 Tagen eröffnete er ihn und fand nun, mit dem Finger eingehend, eine Stenose dicht oberhalb des Zwerchfelles. Unter Leitung der Finger wurden Sonden von steigender Dicke bis zu Nr. 30 eingeführt, und zuletzt mit einem Uterusdilatator gewaltsam erweitert, bis seine Branchen 2 cm auseinanderstehen. Nach 8 Tagen wird mit Bougieren begonnen. Es bleibt dauernd der Weg für die Olive 7, die größte der Serie, offen. Rasche Gewichtszunahme.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

36) **J. Guisez** et **Barret.** Cas d'extraction d'un corps étranger (pièce de 10 fr.) de la bronche droite par la bronchoscopie supérieure.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 28.)

Ein Kassierer hielt mehrere 10 fr.-Stücke im Munde, von denen eins plötzlich in den Kehlkopf glitt. Ein heftiger, langdauernder Erstickungsanfall war die unmittelbare Folge. Von da ab hat Pat. 17 Monate unter den immerfort sich

wiederholenden Hustenanfällen gelitten und zahlreiche Ärzte gebeten, ihm die Münze aus der Lunge zu ziehen; doch wurde ihm immer der Bescheid, das Geldstück sei schon lange draußen. Endlich nach 17 Monaten wurde er skiaskopiert, wobei der Fremdkörper im rechten Bronchus festgestellt wurde.

Die Extraktion gelang mit dem Bronchoskop ohne Schwierigkeiten und hatte für den Pat. keine andere Unannehmlichkeit zur Folge, als vorübergehende Aphonie infolge leichten Ödems der Stimmbänder. Auffallend war, wie gut der Bronchus die lange Anwesenheit des Fremdkörpers vertragen hat, abgesehen von der allerdings beträchtlichen entzündlichen Schwellung der Schleimhaut.

Einen wesentlichen Anteil an dem technischen Erfolge schreiben die Verff., die eine ganze Reihe derartiger Extraktionen ausgeführt haben, ihrem von Collin gebauten Beleuchtungsapparate zu. Dieser besteht aus drei kleinen Lampen, die nach dem Objekt zu konvergierend auf einer in der Mitte durchbohrten Scheibe befestigt sind. **V. E. Mertens** (Breslau).

37) **Fromont.** Suicide par coup de feu; lésion du coeur et de la veine cave a distance du trajet; mecanisme des lésions.

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1905. Nr. 2.)

Selbstmord durch Schuß ins Epigastrium; das aus dem Gewehr aus unmittelbarer Nähe auftreffende Geschoß durchbohrte Leber, Magen und Lunge in der Höhe, in welcher die untere Vena cava durch das Zwerchfell tritt. Die untere Vena cava zeigte bei der Autopsie, obwohl sie nicht in der Schußrichtung lag und nicht vom Projektil getroffen sein konnte, einen 2 fr.-großen Defekt; die vordere Herzwand konnte auch nicht direkt durch das Projektil verletzt sein, da das Perikard unversehrt war. Trotzdem fand sich in der vorderen Herzwand ein 2 cm im Quadrat großes Loch. Verf. glaubt, daß die zwischen Vene und Herz mit dem Geschoß in den Körper eingedrungenen Pulvergase eine Pressung auf die im Herzen und in der Vene vorhandene Flüssigkeit ausgeübt und dadurch die Zerstörung hervorgerufen haben. **Herhold** (Altona).

38) **J. J. Grekow.** Drei Fälle von Herznaht.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

1) Die 25jährige, betrunkene Pat. wurde 3 Stunden nach der Verwundung eingeliefert. Sie war blaß, der Puls klein, 78. Im 2. linken Interkostalraume, 5 cm vom Sternalrande, fand sich eine $1^1/_2$ cm lange Wunde. Hämopneumothorax. Operation in Chloroformnarkose (Zeidler). Durch Verlängerung des Wundschnittes und Hinzufügen eines Schnittes parallel dem Sternalrande wird ein dreieckiger Weichteillappen gebildet, der nach außen und unten geklappt wird. Resektion des 3. Rippenknorpels. Es zeigt sich, daß die Lunge völlig kollabiert ist. In der Höhe der 3. Rippe ist im Herzbeutel eine unregelmäßige, ca. 1 cm lange, Wunde. Nachdem noch ein Stück der 3. Rippe und der 4. Knorpel weggenommen worden und die Pleura- und Perikardrisse erweitert sind, sieht man eine nur wenig blutende, $^1/_2$ cm lange Wunde am linken Ventrikel. Sofort wird eine Naht mit feiner Seide angelegt. Während der Faden zusammengezogen wird, bleibt das Herz einen Augenblick stehen, worauf eine unregelmäßige Diastole folgt. Nach Knüpfung des Knotens wird die Aktion wieder regelmäßig und schneller. Das Perikard wird ausgetupft und mit Seidenknopfnähten verschlossen, alles übrige vernäht. In der Folge werden zwei Pleurapunktionen nötig, kein Eiter. Nach 3 Wochen hat sich die Lunge ganz angelegt. Es trat glatte Heilung ein. Nach 4 Wochen wurde Pat. gesund entlassen. Der Puls hatte Neigung zu schnell vorübergehenden, schroffen Schwankungen in der Zahl der Schläge, die ohne irgendwelche ersichtliche Ursache auftraten. G. schreibt sie einer »erhöhten Reizbarkeit des nervösen Apparates« zu. $10^1/_2$ Monate später fühlte Pat. sich gesund.

2) Während eines Streites erhielt die 30jährige betrunkene Pat. mit einem Federmesser einen Stich in die Brust. Mit einem Notverbande wurde sie ins Krankenhaus gebracht. Der Radialpuls war nicht fühlbar, die Atmung mühsam

und frequent. Nach subkutaner Infusion und Kampfer wurde der Puls wieder deutlich, etwa 108, häufig aussetzend. $1^1/_2$ Querfinger lateral von der linken Mammilla hatte Pat. eine kleine, nur bei Druck auf die Brust blutende Wunde. Herztöne dumpf, undeutlich. Über dem Brustbeine nach rechts ein ununterbrochenes Geräusch wie von platzenden Bläschen. 5 Stunden nach der Verletzung wurde in Chloroformnarkose operiert (G.): ein Mammamuskellappen wurde nach oben geklappt. Durch Resektion der 3.—5. Rippe wurde der Hämopneumothorax eröffnet. Nachdem das Perikard auf 10 cm erweitert war, gelang es mit Mühe — das Epikard war sehr fettreich — in der Nähe der Spitze und nicht weit vom Septum eine $1^1/_2$ cm lange, nicht blutende Wunde mit fetzigen Rändern zu finden. Verschluß mit zwei dünnen Seidennähten unter Schonung des Endokards. Bei Anlegung der zweiten Naht ergoß sich ein Strahl dunklen Blutes, und das Herz schlug stärker, so daß es mit der Hand gehalten werden mußte. Nach Vollendung der Naht wurde die Aktion regelmäßiger und kräftiger, so daß die Naht des Perikards recht schwierig war. Alles übrige vernäht bis auf die Öffnung für einen Tampon in der Pleura. Nach ca. 60 Stunden Tod: beginnende Pleuritis und Perikarditis, fettige Degeneration des Myokards, chronische Nephritis, lange Fissur der Schädeldecke.

3) Auch die dritte Pat., 22 Jahre alt, wurde während eines nächtlichen Streites mit einem Messer verwundet. Sie blieb noch 10 Minuten aufrecht, verlor dann das Bewußtsein. Bei der Einlieferung war der Puls kaum zu fühlen. Im 2. Interkostalraume hatte Pat. eine kleine blutende Wunde links vom Sternum. Linksseitiger Hämopneumothorax.

$4^1/_4$ Stunden nach der Verletzung in Chloroformnarkose Operation (Zeidler): die Wunde wurde entsprechend verlängert und ein Lappen gebildet, so daß die temporäre Resektion des 3.—6. Rippenknorpels möglich wurde. Ligatur der Art. mamm. interna. Nach Erweiterung der Perikardialwunde fand man das Herz in venösem Blute schwimmend, das aus einer $1^1/_4$ cm langen Wunde im rechten Ventrikel nahe am Septum und nicht weit von der Art. pulmonalis hervordrang. Das Herz wurde festgehalten, und mit dünner Seide wurden fünf Nähte »durch die ganze Dicke des Muskels« gelegt. Das Blut wurde aus Perikard und Pleura nach Möglichkeit ausgetupft und dann alles vernäht.

Nach 13 Tagen ging Pat. an einer Perikarditis zugrunde, die nicht erkannt worden war. Das Exsudat hatte die übrigens gut ausgebreitete Lunge so komprimiert, daß eine Pneumonie diagnostiziert war. G. meint, daß die Pat. durch Punktion wohl hätte gerettet werden können. Die Herzwunde war geheilt.

V. E. Mertens (Breslau).

39) **Scott.** Tuberculosis of the female breast.

(St. Bartholomew's hospital reports 1905. Vol. XL.)

27 eigene Beobachtungen von Tuberkulose der weiblichen Brustdrüse, deren Krankengeschichten im Auszuge mitgeteilt werden. Hervorzuheben ist die sklerosierende Form, zu der 10 der 27 Fälle gehörten; ohne histologische Untersuchung ist eine Unterscheidung vom scirrhösen Karzinom der Brustdrüse fast unmöglich. Tuberkelbazillen wurden nur in 3 Fällen gefunden. Die Erkrankung ist nach dem Materiale des St. Bartholomew's Hospital etwa 40—50mal seltener als Brustkrebs. Bei einer Kranken entwickelte sich die Tuberkulose nach Zurückbleiben einer Nadel in der Brust. Einfache oder multiple verkäsende Knoten, Abszesse oder Fisteln bestanden in 17 Fällen; diese Formen bilden den häufigsten Typus der Erkrankung; 3mal wurden tiefliegende kalte Abszesse durch das über ihnen liegende sklerotische Gewebe maskiert; mehrfach bestand eine solide Geschwulst, die auf dem Durchschnitte wie Karzinom aussah, jedoch aus dichtem Bindegewebe zusammengesetzt war. Mit Ausnahme von vier waren sämtliche Pat. verheiratet und hatten Kinder. Floride Lungentuberkulose war in keinem Falle nachweisbar, erbliche Belastung bei 10; die Erkrankung war stets einseitig, der äußere Teil der Brust häufiger befallen als der innere, die Haut mit der Geschwulst in 70% der Fälle verwachsen, die Brustwarze in 30% eingezogen. Fast bei $^2/_3$ waren die Achseldrüsen

vergrößert. 6mal war die Erkrankung ganz auf die Brustdrüse beschränkt. Der Beginn war 2mal akut.

Die beste Behandlung ist die Entfernung der Brust mitsamt den Achseldrüsen, jedoch ohne die Pectorales (9); 2mal wurde die Brust allein entfernt; je 8 Kranke wurden mit Ausschabung oder teilweiser Ausschneidung behandelt.

Mohr (Bielefeld).

40) **H. Morestin** (Paris). Deux cancers distincts sur le même sein.

(Arch. génér. de méd. 1903. Nr. 16.)

Eine 56jährige Frau bot folgendes Bild dar: Die Warze der linken Brust ist vollständig eingezogen, von einer kleinen bräunlichen Kruste bedeckt, unter welcher etwas zähe, trübe Flüssigkeit ist; die Haut fehlt auf einer Fläche von etwa 1 cm im Durchmesser und ist durch eine lebhaft rote, feingekörnte, glattumrandete Geschwürsfläche ersetzt. Die Umgebung ist ganz weich, der Warzenhof normal; auch die übrige, sehr große Brust bietet nichts Abnormes; in der Achselhöhle keine tastbaren Drüsen. Es bestehen äußerst intensive, besonders nachts einsetzende Schmerzen im äußeren Quadranten der Brust, welche bis in die Achsel ausstrahlen, während die Geschwürsfläche gegen Berührung und Druck jeder Art vollständig unempfindlich ist und von da aus auch jener andere Schmerz nicht ausgelöst werden kann. Da die Diagnose zwischen Paget'scher Krankheit und Epitheliom schwankte, wurde zur Amputation mit Ausräumung der Achselhöhle geschritten, außerdem vom 4. Interkostalnerven, von dessen Ramus perforans aus durch Druck ähnliche wie die spontanen Schmerzen erzeugt werden konnten, nach partieller Rippenresektion ein 5 cm langes Stück reseziert. Während der Heilung schon verringerten sich die Schmerzanfälle und sind seit 10 Monaten ausgeblieben. — In der amputierten Brustdrüse saß, mehrere Zentimeter weit von der Mammilla und durch vollständig gesundes Gewebe von ihr getrennt, ein kleiner Knoten von rein scirrhösem Bau. Die Achseldrüsen waren gesund. **J. Sternberg** (Wien).

41) **Neck** (Chemnitz). Subkutane Zerreißung der normalen Milz und ihre chirurgische Behandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 11.)

Der mitgeteilte Fall war dadurch besonders bemerkenswert, daß bei dem 16jährigen Knaben, der mit der linken Körperseite auf die Kante eines Bordsteines gestürzt war und bei hochgradigen Schmerzen in der linken unteren Brustseite keine Vergrößerung der Milzdämpfung bei Lagewechsel, auch keine Bauchdeckenspannung dargeboten hatte, die Blutung aus dem die untere Milzhälfte durchsetzenden Längsriß erst im Verlaufe von 48 Stunden einen bedrohlichen Charakter annahm und erst zu dieser Zeit die Exstirpation des verletzten Organes veranlaßte, die günstig verlief. Die 16 Tage später vorgenommene Blutuntersuchung ergab Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes und Vermehrung der Lymphocyten; am Hals und in den Schenkelbeugen des im übrigen gesunden Knaben traten Anschwellungen der Lymphdrüsen auf.

N. hat 73 Fälle von Splenektomie bei nicht kompliziertem subkutanen Riß der normalen Milz gesammelt; 27 von den Verletzten starben. Von 6 Fällen von Tamponade der Rißstelle sind 5 geheilt worden. **Kramer** (Glogau).

42) **W. Mayo** and **C. Mayo.** A review of 1000 operations for gallstone disease, with special reference to the mortality.

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. März.)

Alle cystisch erweiterten Gallenblasen müssen exstirpiert werden. Die Cholecystektomie ist namentlich dann angebracht, wenn sich Steine im Ductus cysticus finden. Bei bloßer Entfernung der Cysticussteine bilden sich häufig Strikturen des Gallenganges, die durch Behinderung des Schleimabflusses aus der Gallenblase Anlaß zu Koliken oder Gallenfisteln geben.



Als Regel hat ferner zu gelten, daß alle Gallenblasen, die bei der Operation Galle enthalten, nur drainiert zu werden brauchen, da in solchen Fällen die Sekretionsprodukte der Gallenblasenschleimhaut durch den Ductus cysticus abfließen können. Wird bei der Entfernung eines Steines der Ductus cysticus erheblicher verletzt, und können irgendwelche Zweifel an der Erhaltung seiner Durchgängigkeit entstehen, so ist ebenfalls die Gallenblase ganz zu entfernen. Besonders dicke und harte Gallenblasen müssen exstirpiert werden, da man auf diese Weise Frühstadien bösartiger Geschwülste mitentfernen kann. Dieselbe radikale Operation ist in den meisten Fällen von chronischer Cholecystitis angezeigt, bei denen sich keine Gallensteine finden. Die Diagnose einer nicht durch Steine veranlaßten Cholecystitis darf bei der Operation erst dann gestellt werden, wenn die Untersuchung von Duodenum, Magen, Pankreas, Wurmfortsatz und rechter Niere ergebnislos gewesen ist. Die Gallenblase muß verdickt, die Lymphdrüsen am Ductus cysticus und Ductus choledochus müssen geschwollen sein. Der Inhalt der Gallenblase soll aus gestauter Galle bestehen. Die Schleimhaut soll mit fibrinösen Belägen bedeckt sein.

Die Cholecystostomie ist die Operation der Wahl in den Fällen, wo sich Gallensteine in der Gallenblase, aber nicht in den Gängen finden, Fälle, wo Anfälle von Gelbsucht und andere Symptome einer Infektion des Ductus choledochus und der Leber-Gallengänge bestanden haben.

Verff. wenden sich gegen eine grundsätzliche Exstirpation der Gallenblase. Die Operation der Wahl hat die Cholecystostomie zu sein. Die Exstirpation hat nur unter den ganz bestimmten, oben skizzierten Indikationen stattzufinden. Nach ihren Erfahrungen bestehen unter fünf Fällen von Gallensteinoperationen bei zwei die Indikationen zur Cholecystektomie.

Die häufigste Todesursache bei Gallensteinen war eine Infektion des Ductus choledochus und der Leber-Gallengänge. Diese Infektion und der Ikterus bestimmen auch die Mortalität bei der Choledochotomie. In $^2/_3$ der Fälle von Choledochussteinen finden sich Ikterus und Symptome der Gallengangsinfektion. Pathognomonisch für diese Infektion sind Schüttelfröste, hohe Temperatursteigerungen mit starken Remissionen, ein mäßiges Zunehmen des Ikterus mit geringem Schmerz und Übelsein. Die Operation ist in diesem akuten Stadium mit großen Gefahren verbunden. Die schweren Erscheinungen treten auf, wenn der Stein eben in den Ductus choledochus eingetreten ist. Wird die Choledochotomie erst vorgenommen, wenn die stürmischen Erscheinungen zurückgegangen sind, so ist die Mortalität der Operation viel geringer. Sie beträgt etwa 2%.

Absolut tödlich sind die seltenen, nicht immer diagnostizierbaren Fälle, die unter hochgradigem Ikterus verlaufen, und bei denen man in den Gallengängen keine Spur von Galle, wohl aber im Ductus choledochus und in den Leber-Gallengängen eine klare Flüssigkeit findet. In diesen Fällen ist die Leber ganz außer Funktion gesetzt. Einige Male wurden auch Frühstadien dieser Erkrankungsform beobachtet. Die Gallengänge waren dann mit dicker, flockiger, dunkelgrüner Galle angefüllt. Die Galle glich in ihrer Beschaffenheit der, die man beim akuten Cysticusverschluß in der Gallenblase findet, wenn das Pigment noch nicht absorbiert worden ist. In der Hälfte dieser in dem frühen Stadium operierten Fälle nahm die Leber die Funktion wieder auf, und die Pat. blieben am Leben.

Die Gesamtsterblichkeit belief sich bei 1000 Operationen an der Gallenblase und an den Gallengängen auf 5%. **Läwen** (Leipzig).

43) **Kindt.** Über einen Fall von disseminierter Fettnekrose infolge Schußverletzung des Pankreas. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institute des Friedrichstädter Krankenhauses zu Dresden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 10.)

Bei dem 38jährigen Manne war das Geschoß in schräger Richtung von außen links oben durch den Magen und das Pankreas gegangen und wahrscheinlich in die Lendenmuskulatur gedrungen. Bei dem $9^1/_2$ Stunden später vorgenommenen



Bauchschnitte wurde die erbsengroße Einschußöffnung in der Vorderwand des Magens vernäht, das reichlich vorhandene schmutzige Blut aus seiner Umgebung und dem subphrenischen Raum entfernt, eine Fettnekrose noch nicht gefunden; nach Naht der Perforationsöffnung in der hinteren Magenwand wurde die Gegend hinter dieser, wie das Pankreas usw., fest tamponiert. Trotz dieser Maßnahmen traten bald unter heftigen Schmerzen peritonitische Erscheinungen mit sehr hohem Fieber und nach 36 Stunden der Tod ein. Die Sektion ergab zahlreiche Herde von Fettnekrose in dem das Pankreas umgebenden Fettgewebe, besonders um den Schußkanal herum, keine eitrige Peritonitis. — In zwei weiteren, in obigem Institute vor kurzem zur Obduktion gekommenen Fällen handelte es sich gleichfalls um Fettnekrosen nach einer Schußverletzung bezw. einer Quetschung des Pankreas, die bei den bald nach den Verletzungen gemachten Bauchschnitten noch nicht nachweisbar gewesen waren. **Kramer** (Glogau).

44) **Israel.** Unterbindung der Arteria hypogastrica dextra wegen Aneurysma der Art. glut. infer.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 5.)

Es handelte sich um ein sehr großes Aneurysma. Nach Unterbindung der Hypogastrica in der Mitte zwischen ihrem Abgang und der Abgabe eines Astes — die Hypogastrica war bedeutend stärker wie normal — hörte die Pulsation in der Geschwulst auf. Es trat sofort Verkleinerung der Geschwulst und immer mehr zunehmende Schrumpfung ein, so daß etwa $^3/_4$ Jahr später nur noch ein kleiner harter Knoten in der Tiefe zu fühlen war. Nach der Unterbindung entstand Schwellung beider Unterschenkel, die erst ganz allmählich zurückging.

Borchard (Posen).

45) **Rammstedt.** Ein Fall vor Längsbruch eines Mittelhandknochens.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 13.)

Durch einen Pferdehuftritt war der Mittelhandknochen des Daumens der Länge nach in vier Teile gespalten, auch das eine Sesambein zerbrochen worden. Der Befund, bei Durchleuchtung am Schirme nicht erkennbar, wurde erst durch photographische Aufnahme erhoben. **Kramer** (Glogau).

46) **Habs** (Magdeburg). Ein Fall von Genu recurvatum.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 12.)

Der Fall betraf einen 3 Wochen alten Knaben von normaler Größe mit rechtsseitigem Klumpfuß, linksseitigem Spitzfuß, beiderseitigem Genu recurvatum, bei Bestehen von Drucknarben an der Haut der Knie, und mit doppelseitiger Beugekontraktur der Hüftgelenke; es kann kein Zweifel sein, daß die Deformitäten während des intra-uterinen Lebens durch abnorme Druckwirkungen auf die normal angelegten Extremitäten entstanden sind. **Kramer** (Glogau).

Berichtigung.

P. 59 Z. 13 v. o. lies »Tunica musculo-apeuneurotica« statt Mesokolon.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 22. **Sonnabend, den 3. Juni.** **1905.**

1) E. Raehlmann. Über Trachom. Histologische, ultramikroskopische und physiologisch-chemische Beiträge zur Entzündungslehre.

(Beiträge zur Augenheilkunde Hft. 62.)

Diese zunächst für den Augenarzt bestimmte Arbeit enthält auch eine größere Zahl Beobachtungen von allgemeinem Interesse, die mit Hilfe des Zeiß'schen Ultramikroskops gemacht worden sind. Besonders betrifft dies das Verhalten von Eiweißkörpern und Spaltpilzen zu Metallen, speziell zu dem kolloidalen Silber (Collargol).

Nachdem R. den Nachweis erbracht hat, daß Enzyme und Fermente an materielle Teilchen gebunden sind und diese ebenso wie Bakterien durch gefällte Eiweißkörper mit niedergerissen werden, schildert er die Veränderungen, die eintreten, wenn Collargollösung in Berührung mit Eiweißkörpern tritt.

In einer Verdünnung von 1 : 2000000 zeigt die Collargollösung unter dem Ultramikroskop noch eine reichliche Menge von Silber-

teilchen. Diese sind in fortwährender oszillierender Bewegung von einer bestimmten Amplitude und Schnelligkeit der Schwingungen. Die Teilchen sind verschiedenfarbig, man unterscheidet rote, gelbe, grüne und blaue Teilchen, von denen die gelben am hellsten und größten sind.

Setzt man zu einer solchen Collargollösung eine Lösung von Transsudat 1 : 500 hinzu, so treten im Gesichtsfelde neben den bunten Silberteilchen die einfach grau gefärbten Eiweißteilchen auf. Bald aber beginnen jetzt die Silberteilchen ihre Farbe und Größe zu ändern. Die roten Teilchen verschwinden zuerst, dann die blauen, endlich auch die gelben, und sehr bald sind nur Teilchen von graugrüner Farbe vorhanden. Die Anzahl der kleinen Eiweißteilchen scheint abgenommen zu haben, dafür sind aber viele der Teilchen größer geworden.

Diese eintretende Farbenveränderung mit dem gleichzeitigen Größerwerden ist kaum anders als durch Umhüllung derselben mit Eiweiß zu erklären. Diese Umhüllung bezw. Anlagerung wäre als Ausgleich der elektrischen Spannung zwischen Eiweiß und Silberteilchen aufzufassen.

Bei dieser Ausfällung werden auch Bakterien bezw. Fermente mitgerissen (agglutiniert). Setzt man z. B. zu Eiweiß im Beginn der Fäulnis Collargol hinzu, so verschwindet die Farbe der Teilchen, und die Bakterien werden regungslos; sie sind dann von den übrigen Teilchen nicht zu unterscheiden.

Diese Wirkung des Collargols auf Bakterien scheint aber an das Vorhandensein von Albumin gebunden zu sein, dessen einzelne Teilchen (anscheinend Molekularkomplexe) in dem Ultramikroskop sichtbar sind. Denn das Verhalten ändert sich sofort, sobald diese Komplexe abgebaut, z. B. unter dem Einfluß von Fermenten gespalten und in Peptone verwandelt werden.

Wenn Eiweißlösungen faulen, sieht man ultramikroskopisch die Fäulniserreger zwischen den erwähnten Eiweißteilchen sich lebhaft bewegen. Je mehr sich die Bakterien vermehren, desto mehr verschwinden die Eiweißstückchen, bis von den letzteren überhaupt keine mehr vorhanden sind; und dann ist das Eiweiß in Pepton verwandelt.

Solange neben den Bakterien noch sichtbare Eiweißteilchen vorhanden sind, werden bei der Fällung derselben durch Metalle auch die Bakterien mitgerissen. In Peptonlösungen jedoch bleiben die bunten Teilchen des Collargols erhalten (sie verbinden sich nicht), und die Bakterien bewegen sich wie zuvor.

Durch diese Eigenschaft des Collargols, bestimmte Eiweißstoffe und mit denselben Bakterien und Enzyme zu binden (ohne dabei Säurewirkung zu entfalten), scheint die von Credé vorgeschlagene Injektion des Collargols in die Blutbahn gerechtfertigt werden zu können. (Das negative Verhalten des Collargols in peptonisierten Lösungen gibt eine Erklärung für das Versagen des Mittels in zu

weit vorgeschrittenen Fällen septischer Erkrankungen und läßt eine frühe Anwendung des Collargols geboten erscheinen. Ref.)

J. L. Beyer (Dresden).

---

2) **J. P. Lockhart Mummery.** The physiology and treatment of surgical shock and collapse.

(Lancet 1904. März 18, 25, April 1.)

Die umfangreiche, außerordentlich lesenswerte Arbeit behandelt eines der wichtigsten Gebiete der Chirurgie, da nach Verf.s Untersuchungen 21% aller Todesfälle nach den großen Operationen auf Chok zurückzuführen sind. Der chirurgische Chok ist ein Zustand, der auf Erschöpfung der vasomotorischen Zentren und die daraus hervorgehende erhebliche Blutdruckverminderung zurückzuführen ist. Kollaps ist ein ähnlicher Zustand, wobei aber der Blutdruck durch Hämorrhagie oder Paralyse dieser Zentren gemindert ist. Bei chirurgischen Operationen erfolgt der Chok am häufigsten bei abdominellen Operationen, wobei die Verletzung oder Bloßlegung des Bauchfelles und die Länge der Operation die wichtigsten Faktoren sind. Ein weiterer wichtiger Faktor für Chokerregung bei chirurgischen Operationen ist das Anästhetikum. Äther und Äther-Chloroformmischungen sind am besten für Fälle, wo im Verlaufe Chok zu befürchten ist; auf Chloroform allein tritt regelmäß schon eine Herabminderung des Blutdruckes ein. Bei der Behandlung des Choks sind Stimulantien, besonders Strychnin, absolut kontraindiziert. Chok kann bei einem Tiere durch Strychnindarreichung allein hervorgerufen werden, und es ist ebenso unvernünftig, Chok mit Strychnininjektionen zu behandeln, wie der Versuch, ein sterbendes Pferd mit Fußtritten zu heilen. Die Lagerung des Kranken mit dem Kopfe tief und dem Fußende des Bettes erhoben ist sehr zweckmäßig und sollte weit mehr angewendet werden. Kompression des Bauches, entweder (bei dringenden Fällen) mit der Hand oder mit einer festen Binde, ist für alle Fälle eine sehr wirksame Methode. Die Einrichtung eines künstlichen peripheren Widerstandes durch die Applikation von pneumatischem Druck von außen gewährt eine absolut sichere Methode, den Blutdruck aufrecht zu erhalten und kann eines Tages sich sehr bewähren, wennschon diese Methode zurzeit noch nicht praktisch im Gebrauch ist. Die intravenöse Infusion von Kochsalzlösung oder physiologischem Serum wird den Blutdruck in allen Graden von Chok heben; als eine Methode zur Behandlung des Choks bereitet sie Enttäuschung, da die Wirkung vorübergehend ist und die Methode nicht unaufhörlich fortgesetzt werden kann. In dem Kollaps nach schwerer Blutung ist die Methode hingegen leistungsfähig und von dauernder Wirkung. Die Einführung von Kochsalzlösung in die Bauchhöhle am Ende einer Bauchoperation vermag wirksam den Chok zu bekämpfen und ist bei Anwesenheit von Eiter in der Bauchhöhle nicht kontraindiziert. Eine der wirksamsten unserer Methoden zur Behandlung des Choks besteht in der Darreichung von Droguen, wie Adrenalin, Hemisin und Ergotin, welche

den Blutdruck dadurch heben, daß sie den peripheren Widerstand unabhängig von den Nervenzentren vermehren. Die wenigen bisher so behandelten Fälle haben sehr ermutigende Resultate ergeben, und diese Mittel sollten unter allen Umständen an Stelle der Stimulantien angewandt werden. Mit Ausnahme bei den abdominellen Operationen erscheint die Methode der Blockierung der großen Nervenstämme zentralwärts von der Operationsstelle durch Kokaininjektionen ein sehr wirksames Mittel zu sein, um Chok selbst bei den größten Operationen zu vermeiden. Die Darreichung von Morphium vor und nach der Operation erscheint als Mittel gegen den Chok empfehlenswert. Der Gang der Behandlung ist also folgender: Ist die Operation eine Laparotomie und droht Chok, so sollte vor Schluß der Bauchhöhle physiologische Kochsalzlösung, event. mit Hemisin oder Adrenalin 1 : 40000, in die Bauchhöhle eingeführt werden. Am Schluß der schweren Operationen sollte eine enge Bauchbinde umgelegt, event. sollten die Extremitäten fest in zentraler Richtung gewickelt werden. Ins Bett gebracht sollte dem Pat. das Fußende des Bettes wenigstens 30 cm erhöht erhalten, und alle Kissen sollten unter seinem Kopf entfernt werden. Der Pat. soll warm gehalten werden, event. ein Nährklistier erhalten. Keine Stimulantien! Bei Beginn von Chok sollte eine Spritze aseptisches Ergotin gegeben, Morphium soll stets am Ende einer Operation, ob Schmerzen oder nicht vorhanden sind, verabfolgt werden, falls nicht strikte Kontraindikation besteht. Wenn trotz allem der Blutdruck niedrig bleibt, wird eine intravenöse Adrenalin-Kochsalzinfusion 1 : 20000 gemacht mit der Einlaufgeschwindigkeit von 3—5 ccm pro Minute. Bei auf schwere Blutungen folgendem Kollaps ist eine Kochsalzinfusion baldmöglichst zu machen, in der ungefähren Menge des Blutverlustes. Bei plötzlichem Kollaps, auch infolge Chloroformvergiftung, ist die intravenöse Applikation von Adrenalin von größtem Werte. Da es den Blutdruck künstlich hebt, vermögen dann Herz und vitale Nervenzentren leichter ihre Funktion wieder aufzunehmen. Es ist anzunehmen, daß auch bei Wiederbelebung Ertrunkener und ähnlichen dringenden Fällen von diesem Mittel Erfolg erwartet werden kann. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

3) **Karewski.** Über Wechselwirkungen zwischen Diabetes und chirurgischen Eingriffen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 10—12.)

Aus der erschöpfenden Darstellung kann hier nur weniges herausgegriffen, die Lektüre der Arbeit warm empfohlen werden.

Als ersten und obersten Lehrsatz stellt Verf. die Behauptung auf, daß sich beim Diabetiker nach blutigen Eingriffen keinerlei eigenartige Symptome einstellen. Was auch immer sich ereignen mag; derselbe Zwischenfall kann auch ohne absichtliche Zufügung einer Verletzung auftreten. Je höher beim Menschen der Grad der Glykosurie ist, je resistenter gegen die Herabsetzung durch geeignete Ernährung, um so

mehr besteht die Möglichkeit der Infektion. Jeder Operation hat, wenn irgend möglich, eine antidiabetische Behandlung voraufzugehen. Es kann ein Kranker, dessen Urin hohen Zuckergehalt aufweist, besser gegen die Infektion geschützt sein, weil er sich in gutem Allgemeinzustande befindet, als ein anderer mit mäßigem Zuckergehalt, aber von schlechter Konstitution. Man soll, in richtiger Erwägung der Verhältnisse, die Prognose des Aufschubes einer blutigen Therapie in Proportion zu der Voraussicht des Wundverlaufes zu bringen suchen. Jeder gewissenhafte Chirurg hat vor jeder blutigen Maßnahme, oder noch richtiger bei jedem seiner Klienten eine Untersuchung des Urins vorzunehmen. Die typische dyspnoische Form des Koma nach chirurgischen Eingriffen ist fast ausnahmslos an das Auftreten von Azetonurie und Azeturie gebunden. Nur bei dringlichen Eingriffen kann eine exklusive Fleischkost zur schnellen Entzuckerung in Frage kommen, sonst sind alle einseitigen Fleisch- und Fettkuren direkt verwerflich. Das Hungern nach der Narkose und die Reinigung des Magen-Darmtraktus vor der Operation haben beim Diabetiker ihre Bedenken. Zur Vermeidung eines Koma kann man nichts weiter tun, als diejenigen Maßnahmen mit besonderer Strenge durchführen, die wir bei der Behandlung von schwer Zuckerkranken zur Vorbeugung gegen das Koma anwenden. Das Eintreten des Koma kann unabhängig sein von der Höhe der Zuckerausscheidung, sowie von dem Vorhandensein einer Säureintoxikation. Das Peritoneum und die Pleura sind nicht verletzlicher als bei Gesunden. Bei keiner Krankheit ziemt größere Zurückhaltung in der Prognose als beim Diabetes. Melliturie verbietet unter allen Umständen jede überflüssige oder vermeidbare Operation. Ist das Blut bereits mit Säuren überladen, darf nur die Frage der Lebensrettung den Ausschlag geben; jedenfalls sollen aber nach dem Eingriffe große Quantitäten von Alkalien zugeführt werden. Von großer Wichtigkeit ist die Verabfolgung bedeutender Flüssigkeitsmengen vor und nach dem Eingriffe. Bei Kochsalzinfusionen und bei durch Mund und Mastdarm zugeführter Flüssigkeit setze man Alkalien zu, um deren Menge im Organismus zu häufen. Man operiere frühmorgens, um Fasten zu vermeiden. Ob Inhalationsnarkose gebraucht werden soll, muß von Fall zu Fall entschieden werden. Bei örtlicher Betäubung ist zu vermeiden, die Gewebe in starke Spannung zu versetzen; Schleich'sche Anästhesie ist also nicht verwendbar. Bei der Abwägung ob operiert werden soll oder nicht und wann, ist zu bedenken, ob nicht der Diabetes geeignet ist, gerade durch Zuwarten die Gefahren zu vermehren. Bei bösartigen Neubildungen ist der Einsatz kein erheblicher und der Gewinn in den meisten Fällen ein fast sicherer. Am ungünstigsten sind die Aussichten beim Mastdarmkrebs; hier sollte man die allerstrengste Auswahl für die Exstirpatio recti treffen, aber bei Diabetikern eine ausgedehntere Anwendung von der Anlegung des Kunstafters machen. Günstiger liegen die Verhältnisse beim Magen- und Dickdarmkrebs wegen der Möglichkeit, aseptisch zu operieren. Furunkel soll man nicht inzidieren, sondern exzidieren, falls ein chi-

rurgischer Eingriff nötig wird. Absolut notwendig ist die Exzision bei Karbunkeln; nach einfacher Eröffnung durch Schnitt tritt oft Koma ein. Falls der Kräftezustand es erlaubt, ist schon ausgebrochenes Koma keine Kontraindikation für die Exzision. Alle anderen Eiterungen am Rumpf und den Extremitäten müssen nach allgemein bewährten Grundsätzen der modernen Chirurgie angefaßt werden, nur um so radikaler, wenn Pat. zuckerkrank ist und Allgemeinerscheinungen von Eitervergiftung auftreten. Kommt Amputation in Frage, so soll man nicht prinzipiell hoch oder tief absetzen, sondern individualisieren; natürlich wird man die Absetzung in tieferen Teilen ceteris paribus vorziehen; jedenfalls soll man nur da operieren, wo volle Asepsis und hinreichende Blutversorgung garantiert ist. Alle komplizierten Amputationsmethoden sind verwerflich, von der primären Wundnaht ist Abstand zu nehmen. **Langemak** (Erfurt).

---

4) **Schlesinger.** Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen; mit einem Anhange von Privatdozent Dr. Schnitzler. 3. Teil.

Jena, **G. Fischer,** 1905.

Der Abschluß eines Werkes, dem meines Erachtens eine sehr gute Prognose gestellt werden muß. Die knappe präzise Darstellung, der frische Zug, der durch das ganze Buch geht, macht die Lektüre zu einer Freude.

Für den Praktiker ist es bestimmt, und der Interne, der praktische Arzt und sicher nicht am wenigsten der Chirurg wird in ihm eine wertvolle und in dieser Weise bisher noch nicht gebotene Bereicherung seines Bücherschatzes besitzen.

In diesem letzten Teile sind zunächst die Krankheiten des Magens, des Darmes und des Bauchfelles nach den gleichen Gesichtspunkten behandelt, wie ich das bereits bei Besprechung des vorigen Teiles erwähnt habe.

Der Chirurg wird erstaunt und erfreut sein darüber, daß ein innerer Kliniker fast durchweg die gleichen Indikationen aufstellt, wie die modernsten Chirurgen. Allerdings steht Verf. bei der Blinddarmentzündung nicht auf dem Standpunkte prinzipieller Frühoperation, wie Riedel, Rotter, Rehn, Sprengel u. a. ihn verfechten. Auch bedarf die Notiz über Rotter's Indikationsstellung einer Änderung insofern, als hier noch Rotter's frühere, mehr konservative Behandlungsweise ausführlich dargelegt ist. Doch wird sich wohl bald allgemein die Indikationsstellung so nach der radikalen Seite hin verschieben, daß dies Kapitel bei der nächsten Auflage sich weit einfacher und übersichtlicher wird darstellen lassen.

Eine sehr gute klare Darstellung der Indikationen zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, und zwar nur insoweit, als innere Krankheiten der Mutter in Frage kommen, ist angefügt, ferner ein Abschnitt über Operationen bei Diabetes.

Man kann nur sagen, daß, wenn sich alle Praktiker nach S.'s Indikationen richten würden, die Erfolge der chirurgischen Arbeit und das Vertrauen zu ihr gewaltig wachsen würden.

Schnitzler gibt dann als Chirurg noch eine knappe lebendige, aus der Fülle großer Erfahrung geschöpfte Darstellung der »Beeinflussung des Organismus durch operative Eingriffe«.

Am Schluß folgt ein übersichtliches Inhaltsverzeichnis. Der Preis des Werkes ist sehr gering. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

5) **Cushing.** The special field of neurological surgery.

(Johns Hopkins hospital bull. 1905. März.)

Klinischer Vortrag über das ganze Gebiet der Nervenchirurgie.

Beim Kapitel »Gehirn« redet C. der palliativen Trepanation in Fällen von Hirndruck, wo eine lokale Ursache nicht zu finden ist, das Wort. Er schlägt vor, dabei so zu verfahren, daß man jederseits ein Stück der Schläfenschuppe fortnimmt, so daß hier das Hirn nur durch Fascie und Muskulatur bedekt wird. Er hat gute Erfolge davon gehabt, Schmerzen und Sehstörungen danach verschwinden sehen. Bisweilen entdeckt man dabei auch die Ursache des Hirndruckes, Geschwulst oder Gumma, und kann sie beseitigen.

Ein dankbares Feld für die operative Chirurgie sind die Blutungen in der Schädelhöhle. 3mal konnte C. Pat., welche nach Traumen schwere psychische Störungen erworben hatten, durch Entfernung der Gerinnsel heilen oder wesentlich bessern.

Selbst bei Neugeborenen, wo infolge schweren Geburtsverlaufes, event. nach Anlegung der Zange, Zeichen intrakranieller Blutung sich einstellten, soll man mit der Eröffnung des Schädels nicht unnötig zögern; C. konnte zwei derartige Kinder, die unter den Symptomen zunehmenden Hirndruckes zu sterben drohten, retten. Von den Apoplektikern, die C. bald nach dem Schlaganfall zu trepanieren Gelegenheit hatte, konnte er zwar keinen am Leben erhalten, doch kehrte bei allen sofort nach der Operation das Bewußtsein wieder; einer dieser Kranken erlag erst nach Tagen einer Pneumonie; er hat bis zuletzt das Bewußtsein behalten. Bei sechs Fällen von Hydrocephalus internus stellte Verf. durch Trepanation der Lendenwirbelsäule eine Drainage nach dem retroperitonealen Gewebe her; in drei Fällen beobachtete er wesentliche Besserung. Einen Fall von eitriger Leptomeningitis spinalis (Staphylokokkus aureus) brachte er durch Drainage und Irrigation des Arachnoidealraumes zur Heilung; Pat. starb nach 6 Monaten an Pyonephrose; bei der Sektion erwiesen sich die Hirn- und Rückenmarkshäute normal.

Auch mehrere Geschwülste des Rückenmarkes entfernte er, einen, nicht näher bezeichneten, mit voller Wiederherstellung aller nervösen Funktionen; bei einem zweiten, der seit 17 Jahren wegen Myelitis transversa in Behandlung gestanden hatte, wurde ein Fibrom von Mannsfaustgröße gefunden; hier gingen die nervösen Symptome nicht wieder zurück; durch Entfernung einer Dermoidcyste bei einem Kinde

wurde die bestehende totale Paraplegie ganz beseitigt. C. ist der Meinung, daß man auch palliativ bei inoperablen Geschwülsten den Wirbelkanal eröffnen und soviel fortnehmen soll wie möglich, um die großen Schmerzen solcher Kranken zu lindern. Nie soll man bei Hämatomyelie operieren, da dort mit großer Wahrscheinlichkeit von selbst wesentliche Besserung bezw. Heilung zu erwarten ist. Bei Frakturen mit Dislokation, wo doch so gut wie immer eine schwere Zerquetschung des Markes vorliegt, schadet man zwar meist nicht, aber man nützt auch in der Regel nicht im geringsten. Sehr geeignet für chirurgische Eingriffe sind die Fälle, wo ein Fremdkörper, ein Knochensplitter oder ein Geschoß lokale Symptome machen.

Die Chirurgie der peripheren Nerven hat besondere Erfolge durch die Nervenpfropfung gezeitigt. Dreimal hat C. mit Erfolg den Facialis wieder funktionsfähig gemacht und empfiehlt diese Methode besonders für die Behandlung der spinalen Kinderlähmung.

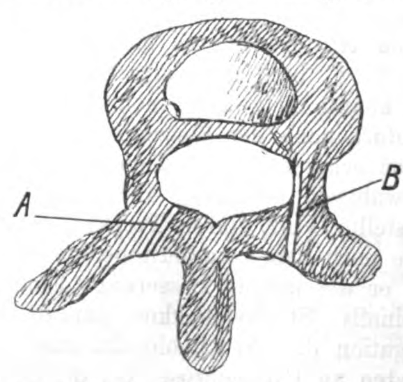
W. v. Brunn (Rostock).

---

6) **Bickham.** Technique of exposure of the spinal cord and canal; osteoplastic resection and laminectomy.

(Annals of surgery 1905. Nr. 3.)

Verf. meint, daß man bei Operationen am Rückenmark der osteoplastischen Lappenmethode den Vorzug vor der Laminektomie zu geben habe. Es scheint ihm unbekannt zu sein, daß Urban bereits im Jahre 1892 in Deutschland eine osteoplastische Methode zur Freilegung des Rückenmarkskanales publizierte. Es weicht daher seine Lappenbildung (u-förmig) von der Urban'schen auch nicht ab. Er beschreibt dann ausführlich unter Beifügung recht guter Abbildungen beide



Operationsmethoden; besonders erwähnenswert ist, daß er empfiehlt, die Durchschneidung der an die Dornfortsätze sich ansetzenden breiten Rückenmuskel bei aufwärts strebenden Muskelfasern von unten nach oben, bei abwärts strebenden in umgekehrter Richtung zu durchschneiden: Die Trennung der Wirbelbögen nimmt er mit der von Doyen angegebenen Säge vor, die rechtwinklig zum Rückenmarkskanal (*A*) und nicht parallel (*B*) zu führen ist. Bei der osteoplastischen Methode

ist noch vor Bildung des Lappens der an der Basis desselben gelegene Dornfortsatz abzutrennen mit der Gigli'schen Säge, da sonst ein Aufklappen des osteoplastischen Lappens nicht möglich ist. Nach vollzogener Abtrennung des Krankheitsherdes vom Rückenmarke wird die Dura mit Catgut ebenso wie die tieferen Weichteile gänzlich geschlossen; bei osteoplastischer Lappenbildung wird in den unteren Wundwinkel ein feiner Drainagedocht extradural für 24 Stunden eingelegt. Ein fester Verband (Gipskorsett usw.) ist nach der Operation nur dann nötig, wenn die Bögen in großer Ausdehnung fortgenommen oder osteoplastisch reseziert werden. B. hat die osteoplastische Methode bis jetzt nur an Leichen ausgeführt, da er die Doyen'sche Säge noch nicht kannte und nicht wußte, daß das Aufklappen des Lappens durch die Fortnahme des Dornfortsatzes an der Basis erleichtert wird. Er meint, die Methode habe vor der linearen Laminektomie folgende Vorteile: 1) Schonung der Wirbel, 2) übersichtliches Operationsfeld, 3) größere Sicherheit, die Infektion zu verhüten und eine Heilung per primam herbeizuführen. **Herhold** (Altona).

---

7) **B. Müller** (Hamburg). Zur Technik der Laparotomie.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

Um eine Infektion der Laparotomiewunde zu verhüten, die durch den Inhalt von exstirpierten Cysten, Geschwülsten usw. erfolgen kann, hat M. eine Laparotomiemanschette aus dünnem Gummistoff konstruiert, die nach vorherigem Auskochen, mittels dünnen, federnden Klammern die Wundränder des Bauchschnittes vom Bauchfell bis zur äußeren Haut breit umfassend, angelegt wird und bei Belastung letztere klaffend erhält; die Entfernung und der Ersatz durch eine neue geht schnell von statten. Die Manschette wird in zwei Größen angefertigt. (Der Schutz der Bauchwunde durch Gummidecken ist bereits 1901 von Küstner empfohlen worden. Ref.) **Kramer** (Glogau).

---

8) **Karewski.** Zur Technik der Radikaloperation von Bauchnarben- und Nabelhernien.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 53.)

Seit 4 Jahren hat K. in 13 Fällen mit gutem Erfolge folgende Operationsmethode angewandt. Unbekümmert um den Sitz und die Ausdehnung des Bruches wird er in ganzer Ausdehnung in gesunder Haut umschnitten. Die Narbe wird exstirpiert, wobei eine Verletzung des Bauchfells vermieden wird. Passiert dies doch, so wird das Loch sofort mit feinen Catgutnähten geschlossen. Sodann wird die Haut mit dem Unterhautfettgewebe sauber von der Aponeurose der Muskeln, und wo letztere bei sehr großen seitlichen Brüchen aufhört, von den Muskeln selbst abpräpariert. $^1/_2$—1 cm von der Bruchpforte entfernt, genau in der Verlaufsrichtung der Öffnung, wird eine zweite Inzision

geführt, die bei medialen Hernien nur das äußere Blatt der Rectusscheide, bei lateralen die Aponeurosen des Obliquus externus und internus oder bei großen Brüchen diese Muskeln selbst durchtrennt. Der Transversus bleibt geschont. Jetzt verringert sich die Breitenausdehnung der Hernie, und letztere selbst sinkt in die Tiefe. Die angefrischten Ränder werden mit festen Catgutnähten vereinigt und nach innen umgekrempelt, so daß der Bruch vollends eingestülpt wird. Die zweite tiefgreifende Naht geht durch die Aponeurose und die Muskeln und legt die Schnittränder scharf aneinander. Es ist notwendig darauf zu achten, daß sich nirgends zwischen die Nähte Fett oder Muskeln einklemmen. Wenn große Spannung vorhanden ist, so wird die Naht durch Drahtplatten oder durch starke Seidenmatratzennähte, welche durch Haut und Muskeln geführt werden, unterstützt. Bei weitgehender Hautablösung wird zur Drainage ein Jodoformgazestreifen eingeführt. Nach der Operation Lagerung mit vornübergebeugtem Rumpf und im Hüftgelenke gebeugten Beinen (Rollkissen unter die Knie). Jede meteoristische Auftreibung des Leibes wird durch entsprechende Diät und frühzeitige Darmentleerung vermieden. Nur bei Nabelbrüchen werden etwaige Verwachsungen gelöst, sonst wird die Eröffnung des Bauchfells streng vermieden.

Borchard (Posen).

---

9) **Zwalenburg.** The relation of mechanical distention of the etiology of appendicitis.

(Annals of surgery 1905. Nr. 3.)

Vier Punkte kommen nach Z. für die Ätiologie der Appendicitis in Betracht: 1) Die Konstriktion, 2) die Sekretion, 3) die pathologischen Keime, 4) die Ausdehnung des Wurmfortsatzes. Als wichtigster Punkt ist aber die im Innern des durch ein Kotstück oder eine Striktur verschlossenen Wurmfortsatzes herrschende Drucksteigerung anzusehen. Diese drückt auf die Blut- und Lymphgefäße, wodurch die Gewebe widerstandsunfähiger gegen die im Wurmfortsatze vorhandenen pathogenen Keime werden. Wenn durch den Druck im Innern der verengende Abschnitt überwunden und der Inhalt ins Kolon ausgestoßen wird, so geht der Anfall günstig vorbei, im anderen Falle tritt Gangrän und Perforation ein. Z. hat bei Hunden den Wurmfortsatz abgebunden, nachdem er durch Wasser ausgedehnt und Staphylokokken hineingebracht waren; es trat eine heftige Appendicitis auf, die ausblieb, wenn die Ausdehnung durch Wasser nicht gemacht wurde. Verf. glaubt, daß für das Eintreten einer Strikturierung der kongenital-hereditären Anlage des Individuums eine gewisse Rolle zuzuschreiben sei. Da man nie wissen kann, ob der Druck im Innern die enge Stelle überwindet und den Inhalt ins Kolon ableitet, oder ob es zur Gangrän oder Perforation kommt, will L. in jedem Falle festgestellter Appendicitis die Operation sofort ausgeführt wissen.

Herhold (Altona).

10) E. A. Pólya. Thrombophlebitis mesaraica, eine verhängnisvolle Komplikation der Appendicitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 8 u. 9.)

Auf Grund dreier selbst beobachteter Fälle und der einschlägigen Literatur schließt P., daß es im Gefolge der Appendicitis durch Vermittlung der V. mesenter. super. zur Thrombophlebitis der Gekrösvenen kommen kann, die zumeist in den oberen Jejunalvenen sich etabliert. In einzelnen Fällen verläuft dieselbe ohne nennenswerte anatomische und funktionelle Störung lediglich als Teilerscheinung der portalen Pyämie. In anderen Fällen bewirkt sie die blutige Infarzierung und Gangrän des entsprechenden Darmabschnittes mit den entsprechenden Ileuserscheinungen. Ein recht charakteristisches Symptom ist die der oberen Partie des Jejunums entsprechende schmerzhafte Resistenz resp. Dämpfung unter dem linken Rippenbogen. Die Therapie besteht in der Prophylaxe, d. h. der möglichst frühzeitigen Entfernung des erkrankten Wurmfortsatzes, die um so mehr geboten ist, als die Komplikation sich auch an anfangs leicht verlaufende Appendicitisfälle anschließen kann. **Borchard** (Posen).

---

11) J. J. Schmidt (Frankfurt a. M.). Die Pylorusstenose der Säuglinge.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 7.)

S. hat zwei Fälle von angeborener Stenose des hypertrophischen Pylorus bei einige Wochen alten Kindern beobachtet, die der nach erfolgloser interner Behandlung ausgeführten (Gastroenterostomie resp. Pyloroplastik) Operation rasch erlagen. Auf Grund dieser Fälle und des Studiums der Literatur kommt er zu folgenden Schlüssen: 1) Es gibt eine angeborene, graduell verschiedene Pylorusstenose im Säuglingsalter, die vielleicht gar nicht so selten ist, indem sie als solche nur in ihrer schweren Form erkannt wird und zur Behandlung kommt. 2) Die weitaus größte Anzahl dieser Fälle gehört ganz sicher der echten hypertrophischen, auf anatomischer Basis beruhenden Form an und kann nur durch einen chirurgischen Eingriff geheilt werden. 3) Die seltenen Fälle von reinem Spasmus des Pylorus geben ein dankbares Feld für die innere Therapie ab, ebenso wie die relativen organischen Stenosen mit kompensatorischer Magenhypertrophie. 4) Höchstwahrscheinlich treten noch häufige Mischformen auf, indem zu den muskulären Anlagen hypertrophischer Pylorusstenosen sekundäre Spasmen hinzutreten, die dann erst das Krankheitsbild zu einem vollständigen machen. **Kramer** (Glogau).

---

12) G. R. Slade. Gallstones and cancer.

(Lancet 1905. April 22.)

Verf. macht interessante statistische und kritische Mitteilungen über Gallenblasenkrebs und seine ätiologische Abhängigkeit von Chole-

lithiasis aus dem pathologischen Institut des London Hospital. Bei 2180 Sektionen wurden Gallensteine 33mal gefunden (1,5%); davon war bei 17 Fällen die Cholelithiasis im Leben »latent« gewesen; in 16 Fällen konnten die Gallensteine direkt oder indirekt für den Tod des Individuums verantwortlich gemacht werden. In 16 der 17 »latenten« Fälle waren die Steine weich und glatt und die Gallenblasenschleimhaut ganz normal; in einem Falle war der Stein höckrig rauh, die Schleimhaut verdickt — es wurde Karzinom hier festgestellt. — Insgesamt wurde Gallenblasenkrebs gefunden: 1) in 30% (10 von 33) aller Fälle von Gallensteinen; 2) in 56% (9 von 16) aller Fälle, wo Gallensteine während des Lebens Symptome gemacht hatten; 3) in 58,8% (10 von 17) aller Fälle, bei welchen bei der Sektion die Wand der Gallenblase »entzündliche Verdickung« zeigte. Vermutlich würde der letztere Prozentsatz noch höher gewesen sein, wenn von den 12 derartigen Fällen nicht bloß 5, sondern alle 12 histologisch untersucht worden wären.

Die alleinige Anwesenheit von Gallensteinen genügt nach Verf.s Beobachtungen nicht, um Karzinom der Gallenblase zu provozieren; es muß vorhanden sein: 1) ein rauher Stein, der kontinuierlich Irritationen verursacht; 2) infektiöse Cholecystitis mit oder ohne Eiter, oder 3) beide Zustände zusammen. — Als praktische Schlußfolgerungen dieser Tatsachen gibt Verf. an: »Entzündliche« Verdickungen der Gallenblasenwand sind stets von vornherein als karzinomatös zu erachten. In solchen Fällen sollte stets als Routineoperation die Cholecystektomie gemacht werden.

Die Arbeit enthält 7 histologische Bilder der normalen und karzinomatös veränderten Gallenblasenwand. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

Kleinere Mitteilungen.

13) XVII. Congrès français de chirurgie (17. en 24. Oktober 1904.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 11.)

(Schluß.)

Abdomen, appareil digestif.

Reynier (Paris): Sur la conduite à tenir en cas de rupture de la cicatrice et de la sortie de l'intestin au dehors.

In einem Falle machte R. die Reposition — die Kranke erlag der Peritonitis; im zweiten legte er einfach elastischen Verband darüber, die Eingeweide zogen sich spontan zurück, die Kranke genas.

Diskussion: Pozzi (Paris) näht mit Silberdraht, um feste Narbe zu erzielen. Er hat die Ruptur 6mal erlebt, 1mal mit tödlichem Ausgange; die Därme sind in die Bauchhöhle zurückzubringen.

Roux (Lausanne) schließt sich Pozzi an; er verwirft fortlaufende Catgutnaht und empfiehlt Seidenknopfnähte.

Bousquet (Clermont-Ferrand) hat trotz ungünstiger Verhältnisse 2mal reponiert mit gutem Erfolge.

Brin (Angers) glaubt, die Ruptur auf Infektion zurückführen zu sollen.

Gourdet (Nantes) erlebte das Platzen der Narbe nach Achternaht, die er seither

nicht mehr übt; gegenüber der Reposition des Vorfalles machte er Bedenken geltend, besonders nach Operationen im eitrigen Gebieten (Beckeneiterung z. B.).

Montprofit (Angers): Origine traumatique de certaines affections de l'estomac.

Öfter, als allgemein bekannt, dürfte Trauma zu Magenaffektionen führen; im vorliegenden Falle erkrankte ein Mann nach Schlag auf die Magengegend an einer entzündlichen Geschwulst, die unter dem Bilde eines Karzinoms verlief. Die Gastroenterostomie en Y führte Heilung herbei.

Brin (Angers): De la gastroenterostomie dans les troubles gastriques des nevropathes.

Neben 17 operativen und funktionellen Heilungen zählt B. zwei völlige Mißerfolge. Beidemal hatte die Laparotomie keine Magenerkrankungen erkennen lassen. Hier ist es besser, die Laparotomie als Explorativeingriff zu beenden.

Kocher (Bern): Résultats définitifs de l'excision de l'estomac.

K. hat bisher 99 Resektionen am Magen, davon 45 in den letzten 6 Jahren ausgeführt, mit 5% Mortalität. 20 seiner Operierten leben noch, einer seit 16 Jahren geheilt, andere seit 17, 6, $5^1/_2$ und 2 Jahren. Es sollte immer so früh wie möglich bei Magenkrebs zur Operation geschritten werden.

Michel (Nancy): Colite muco-membraneuse rebelle à tout traitement; iléo-sigmoidostomie. Guérison.

Seit 25 Jahren keine spontane Stuhlentleerung, dabei schmerzhafte Koliken, Abmagerung, nervöse Überreizung. Nach der einseitigen Ausschaltung zuerst Diarrhöe, dann geformte Stühle.

Pauchet (Amiens): Traitement chirurgical des colites graves.

Einfache Formen heilen mit innerer Behandlung; Verstopfung, Schmerzen, Koliken, Abmagerung zwingen zur Operation. Beruht die Erkrankung auf Geschwüren, und lassen sie sich auffinden, so ist Resektion am Platze. Andernfalls je nach der Schwere: Ileosigmoidostomie mit und ohne Ausschaltung und Kunstafter. Die Operationen sind gutartig. In 5 von 12 Fällen war das Ergebnis vorzüglich, in 6 weiteren genügend, in 2 endlich negativ. In den ersten Tagen nach der Operation stellen sich meist Schmerzen ein, während die Verstopfung sofort weicht.

Bousquet (Clermont-Ferrand): Tolérance des néoplasmes du gros intestin, leur rôle dans l'occlusion intestinale aiguë.

Langsames Wachstum, weite Darmlichtung, späte Ulzeration bringen es mit sich, daß Dickdarmkarzinome oft und lange unerkannt bleiben; unvermittelt werden sie dann intolerant, sei es infolge von Fremdkörperreizung oder durch Krämpfe. Bei Kranken über 40 Jahre soll man bei entsprechenden Symptomen immer an die Möglichkeit des Dickdarmkarzinoms denken.

Diskussion: Demoulin (Paris): Bei alten Leuten bestehen recht häufig unerkannte Dickdarmkrebse; als Fremdkörper genügt oft ein harter Kotballen zur Entstehung des Verschlusses.

Buscarlet (Genf): Laparotomie pour invagination intestinale chez au enfant de 4 mois.

Bei der Schwierigkeit der Operation, dem Vorfall der gefüllten Därme, die kaum wieder zurückzubringen waren, erlag das Kindchen nach vorübergehender Erleichterung.

Girard (Genf): Sur le cancer du rectum haut placé.

Die Diagnose hochsitzender Mastdarmkrebse ist nicht leicht, erfordert, wenn Verstopfung oder schleimig-blutige Entleerungen selten sind und fehlen, öfters die Probelaparotomie oder die hohe Rektosigmoideoskopie. Oft wird das Wesen der Krankheit erst im Moment erkannt, wo die Geschwulst in Nachbarorgane durchgebrochen ist; auch jetzt noch kann sie perforative Appendicitis vortäuschen. In einem Falle gelang es einem aufmerksamen Kranken relativ frühzeitig, im Stuhl ein Geschwulstpartikel zu finden. Auf Grund der histologischen Diagnose ließ sich die Resektion ausführen; Pat. ist seit 2 Jahren geheilt.



Depage (Brüssel): **Resultats éloignés de la résection du rectum pour cancer.**

Von 30 im Zeitraume von 11 Jahren Operierten hat D. 20% (6 oder 7?) infolge der Operation verloren; von den Überlebenden sind 30% dauernd (2 bis 11 Jahre) geheilt. Er operiert in Bauchlage.

Brunswic le Bihan (Tunis): **A propos de l'appendicite chez les Arabes.**

Während die nomadisierenden, von Pflanzenkost lebenden Araber selten oder nicht an Appendicitis leiden, findet sich die Krankheit in gleicher Häufigkeit wie bei den Europäern bei den in Städten wohnenden. Immerhin bieten sie als Besonderheit meist das Bild der Darmbeinphlegmone, was sich aus dem meist retrocoekalen Sitze des Wurmfortsatzes erklärt.

Reboul (Nimes): **Appendicites aiguës avec peritonites généralisées.**

Von vier Pat. konnte R. zwei retten. Vor allem ist bei vermutlicher Peritonitis so früh als möglich zu operieren, ausgiebig zu drainieren; Kochsalzinfusionen bewirken die innere Desinfektion, sind vor und nach dem Eingriff auszuführen, und endlich kann die Spülung des Bauchfells mit abgekochtem Wasser — event. nach Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd — gutes leisten.

Pauchet (Amiens): **Drainage abdomino-rectale des abcès pelviens d'origine appendiculaire.**

Die vom Wurmfortsatz ausgehenden Beckenabszesse drainiert P., indem er nach Inzision der Bauchdecken im rechten Hypochondrium und Entleerung des Eiters eine Kornzange bis in die Aftergegend vorschiebt und dort die Gegenöffnung anbringt. Das Drainrohr liegt gut, gestattet Durchspülung usw.

Paul Delbet (Paris): **Remarques sur l'appendicite.**

D. bekennt sich nach wie vor zu den Frühoperationen, verlangt jedoch, daß ohne größere Schädigung des Bauchfells und seiner Verwachsungen der Wurmfortsatz entfernt werde. In einem Falle, wo Herzleiden zur einfachen Inzision nötigte, die den Zustand jedoch nicht besserte — denn sie raubt nach D. nur den Anaëroben die Existenzbedingungen, ohne die Krankheit zu heilen — hat er durch Injektion Raymond-Petit'schen Serums in die Wunde Desinfektion des Herdes erzielt.

Roux (Lausanne): **Résultats de la cure radicale de la hernie crurale par le procédé du clou.**

Wenn der Bruchsack reseziert ist, schiebt R. die V. cruralis bei Seite und nagelt das Lig. Pouparti auf den horizontalen Schambeinast mit vernickelten Stahlnägelchen. Bislang 136 Fälle mit zwei Rezidiven, ohne Todesfall. 56 länger als 3 Jahre beobachtet.

Diskussion: Lucas Championnière (Paris) hat bei einer Nachforschung der von ihm operierten Schenkelbrüche nur zwei Rezidive gefunden.

Lucas Championnière: **Varices lymphatiques des bourses et du cordon prises pour des hernies inguinales.**

In beiden von C. operierten Fällen war die Verwechslung zu entschuldigen. Die Geschwulstbildung war teilweise reponibel, schlug an beim Husten, und nach teilweiser Reduktion blieben netzartig anzufühlende Massen zurück; beide Pat. hatten dann auch Bruchbänder getragen. Fieber war nicht vorhanden, so daß der Verdacht auf Filaria nicht aufkam. Die Erweiterung der Lymphbahnen war im zweiten Falle beträchtlich — sie machten eingeweideartigen Eindruck. Die Operation erzielte Heilung der beiden Kranken.

Gauthier (Luxeuil): **Sur les vomissements incoercibles dans la hernie épiploique irréductible non étranglée.**

Es solle bei Netzbrüchen auch ohne peritonitische Reizungen monatelang unstillbares Erbrechen bestehen können, das nach der Radikalkur schwindet. Mitteilung eines einschlägigen Falles.

Péraire (Paris): Phimosis et hernies chez l'enfant.

Das gewiß jedem Arzte bekannte häufige Zusammentreffen von kongenitalen Brüchen mit Phimosis glaubt P. in ein Abhängigkeitsverhältnis umwandeln zu sollen, so zwar, daß P. Veranlassung zur Entstehung der Hernien in der vermehrten Bauchpresse erblicken möchte. Nach operativer Beseitigung der Phimose verschwinden die Hernien von selbst.

Vidal (Lyon): De l'origine portale de certains accidents graves consécutifs à des interventions sur la région du hile du foie.

Mehrmals hat V. nach fester Tamponade der Hilusgegend bedrohliche Erscheinungen (welche?) gesehen, die er auf Kompression der Vena portae zurückführt. Das erste Mal nahm er innere Blutung an, verstärkte die Tamponade, die Kranke erlag; das andere Mal beseitigte er die Kompression, worauf die Störungen schwanden.

Monprofit (Angers): Cholécystenterostomie en Y.

Nach Durchtrennung des Jejunum Einpflanzung des Blasenfundus in das Aborale, und des oralen Endes in die aborale Schlinge. Einmal mit Erfolg ausgeführt.

Fournier (Amiens): Cholécystenterostomie pour les fistules biliaires persistantes.

In zwei Fällen von Gallenfistel, deren Offenbleiben nicht durch Choledochussteine bedingt war, hat F. die Cholecystoduodenostomie mit gutem Erfolg ausgeführt.

Barnsby (Tours): Deux observations de tumeurs hépatiques guéries par simple laparotomie exploratrice.

Die angeblichen Geschwülste — wir erfahren nichts über ihre Natur — waren mit Ascites verbunden. Nach der Probelaparotomie gingen sie zurück und blieben während 4jähriger Beobachtung verschwunden.

Morestin (Paris): Volumineux hématocèle périsplenique consécutive à une rupture traumatique de la rate.

Oberflächlicher Riß einer Sumpffiebermilz durch Faustschlag, Entwicklung einer enormen Hämatokele durch Nachblutungen. Die Höhle schloß sich erst nach Resektion des Rippenbogens.

Diskussion: Cazin (Paris) hat nach Thoraxkompression (Sturz mit dem Pferde) das gleiche beobachtet; ob aber Milz oder Leber verletzt waren, gestattete die Operation — Eröffnung, Drainage — nicht zu erkennen.

Brunswic de Bihan (Tunis): Kystes metaclasiques de la rate.

Zwei analoge Fälle wie Morestin's, durch traumatische Ruptur von Malariamilzen bedingt. B. hält die Blutungen für intrakapsulär und hat im ersten Falle die Milz mit entfernt (Tod des Individuums), da andere Mal die Tasche breit drainiert (Heilung).

Voies urinaires.

Cecoherelli (Parma): Décapsulation et fixation des reins.

Bei seinen Tierversuchen und seinen Nephropexien usw. hat C. die Erfahrung gemacht, daß die Enthülsung der Niere ein ebenso harmloser als wertvoller Eingriff zur Wiederherstellung der Nierenfunktion ist. Nach Entfernung der Kapsel schwillt die Niere an, wird blutreicher; somit ist in den ersten Tagen die Diurese gering, Harnstoff und sonstige feste Bestandteile reichlich, um nachher wesentlicher Steigerung der Harnmenge Platz zu machen, wenn sich eine reichliche Gefäßbildung der Oberfläche entwickelt hat. C. glaubt deshalb bei akuter funktioneller Niereninsuffizienz die Enthülsung anraten zu sollen, ebenso vielleicht bei bakterieller Nephritis. Da sich die Wanderniere gleichfalls im Zustande chronischer Funktionsstörung befindet, hält er seine Methode, das Organ nach Enthülsung mittels Fadens an den Rippen aufzuhängen, für besonders geeignet, durch feste gefäßhaltige Verwachsungen reponierend auf die chronisch erkrankte Niere zu wirken.

van Stockum (Rotterdam): Le diagnostic des abcès metastatiques du rein.

Manche Fälle von bakterischer Nephritis bieten außer verzehrendem Fieber keinen Anhalt für die Diagnose; das Volumen der erkrankten, von zahlreichen

Abszessen durchsetzten Niere kann so wenig vergrößert sein, daß ihre Tastung nicht möglich ist. van S. erblickt nun in gesteigerter Diurese — 2500 ccm täglich — einen wertvollen Hinweis, der bei Vorhandensein von Eiweiß, Zylindern und Leukocyten entschieden für Abszedierung der Niere spricht. Nachdem er einen Fall mangels richtiger Diagnose verloren, gelang es ihm in zwei anderen, durch Nephrektomie bezw. Nephrotomie, Heilung zu erzielen.

Dujon (Moulins): Quatre opérations sur le rein.

Es handelt sich um zwei transperitoneale Nephrektomien und zwei Nephrotomien wegen Anurie. Die eine bei tabischem Kranken, wo die rechte Niere als Sitz eines Steines angesehen, aber frei gefunden wurde, und die Anurie erst am 6. Tage nach der Operation schwand, die andere bei einem Kranken, dem früher die rechte Niere wegen Steinen entfernt war. Sämtliche vier Operierte heilten.

Fournier (Amiens): Cystotomie d'urgence et prostatectomie chez un prostatique calculeux.

Der Kranke, 76 Jahre alt, beherbergte 80 Steine in der Blase, und auch die Pars membranacea urethrae enthielt solche. F. hält es überhaupt für ratsam, der Prostatektomie die Anlegung der Blasenfistel vorauszuschicken.

Lavaux (Paris): Traitement des fistules urétro-rectales.

L. empfiehlt zu ihrer Heilung nicht reizende antiseptische Harnröhrenspülungen; führt als Beispiel einen so geheilten Diabetiker an.

Geschlechtsorgane.

G. Richelot (Paris): Des indications actuelles de l'hystérectomie vaginale.

Kleine Myome entfernt R. vaginal, mittelgroße bald so, bald abdominal; für große Myome kommt nur die Laparotomie in Frage. Die Illusionen, mit denen die abdominale Hysterektomie der krebsigen Gebärmutter neuerdings in Angriff genommen wurde, haben sich nicht erfüllt; R. betrachtet nach wie vor die vaginale Hysterektomie für die Operation der Wahl bei Karzinom des Uterus und manchen doppelseitigen Adnexerkrankungen. Dagegen zieht er für die einseitigen und im allgemeinen für die entzündlichen Beckenerkrankungen den Leibschnitt vor.

Diskussion: Faure (Paris) schließt sich dem an. Nur bei recht virulenten Beckeneiterungen und puerperalen Infektionen geht er vaginal vor.

Walther (Paris) behandelt Fibrome und puerperal septische Eiterungen wie Richelot und Faure, operiert jedoch die Adnexentzündungen abdominal. Hauptsache sei gute Überkleidung mit Bauchfell und Drainage.

Sorel (Dijon) stimmt im allgemeinen Richelot bei, gibt jedoch gleichfalls seiner großen Enttäuschung Ausdruck über die unzulänglichen Erfolge der abdominalen Hysterektomie bei Krebs.

Pozzi (Paris) entfernt kleine Myome per vaginam; bei jungen Frauen jedoch, wo man enukleieren und vielleicht den Uterus erhalten kann, empfiehlt sich die Laparotomie; diese eignet sich auch für Krebse, die mäßige Ausdehnung in der Richtung des Harnleiters gewonnen haben; doch ist bei einigermaßen größerer Ausbreitung, besonders auf die Scheide, nur die Ausschabung berechtigt. Bei Adnexeiterungen kommt die vaginale Operation nur für septische Beckenabszesse als präliminarer Eingriff in Frage; die Laparotomie entfernt später die entzündliche Geschwulst.

Sorel (Dijon): Hystérectomie abdominale totale et hystérectomie abdominale subtotale.

Es ist unlogisch, bei Hysterektomien die Portio stehen zu lassen; entweder bleibt der meist vorhandene Katarrh bestehen, und oft genug muß sie später entfernt werden, oder sie degeneriert bösartig. Andererseits ist es vorzügliche Drainage durch die Scheide, die wir bei Beckeneiterungen nach völliger Entfernung des Uterus besitzen. Tiefe Blutung vermeidet man, indem man sich bei Ablösung der Scheide dicht an den Uterus hält. Für gefährlich hält S. die Verschorfung des Cervixstumpfes mit dem Paquelin.

Richelot (Paris): Sur un procédé pour guérir l'anus vaginal.

Um die Gefahren der Dupuytren'schen Klammer zu umgehen, klemmt R. den Sporn mit zwei Kocher'schen Pinzetten ab, exzidiert das Dreieck und vernäht die Schnittflächen; im vorliegenden Falle von Anus vaginalis nach Hysterektomie hat er breit die Scheidenwand abgelöst und über dem Darme vernäht. Pat. behielt ein nicht weiter störendes Fistelchen.

Diskussion: Pozzi (Paris) fragt, ob sich nicht zweizeitiges Operieren empfohlen hätte — Liegenlassen der Klemmen und nachträgliches Verschließen.

Cerné (Rouen) meint auch, daß die Klemmen genügt haben würden.

Le Dentu (Paris) hat vor einigen Jahren erfolgreich einen Fall von Anus vaginalis mit Dupuytren's Enterotom behandelt. Er hält das Instrument für gefahrlos, wenngleich schmerzhaft.

Richelot würde in jedem Falle wieder nähen und die Dauerklemmen vermeiden.

Pozzi bedient sich der Kocher'schen Pinzette statt des Enterotoms.

Boursier (Bordeaux): Sur un cas de kyste tubo-ovarien.

Die Mitteilung bestätigt im allgemeinen das bisher Bekannte bezüglich Symptomatologie, Anatomie und Pathogenese; die Cyste geht aus der Verschmelzung von Hydrosalpinx und entzündlicher Ovarialcyste hervor.

Lejars (Paris): Grossesses tubaires récidivantes.

L. verfügt über drei Beobachtungen wiederholter Tubenschwangerschaft und schätzt die Häufigkeit auf 4—5% der Fälle. Man untersuche daher jedesmal, wenn eine Tubenschwangerschaft zu operieren ist, den Zustand der anderseitigen Adnexe und entferne sie lieber, wenn sie verändert sind.

Diskussion: Bégouin (Bordeaux) sah eine Pat. an Verblutung sterben, wo er bei der ersten Operation wegen Tubenruptur sich von der Gesundheit des anderen Eileiters überzeugt hatte.

Bégouin: De l'allure clinique maligne de certains fibromes de l'ovaire.

Eierstocksfibrome können trotz anatomisch gutartiger Struktur klinisch bösartige Erscheinungen zeitigen: Ödeme, Abmagerung, pleurale Exsudate usw. Man lasse sich durch den Allgemeinzustand nicht von der Operation abhalten.

Pozzi (Paris) hat ganz das gleiche bei manchen Papillomen der Ovarien gesehen. Die begleitende Peritonitis erzeugt die Kachexie. Die Operation bedeutet eine wahre Wiederbelebung für die Kranken.

Gliedmaßen.

Reverdin (Genf): Lymphangiome kystique de l'aisselle.

Schmerzlose, dünnwandige, allseitig verwachsene Geschwulst, die nach Sturz vom Zweirad entstanden und nicht völlig zu entfernen war. Ob sie mit einer bereits seit der Kindheit an gleicher Stelle beobachteten haselnußgroßen Geschwulst in genetischem Zusammenhange steht, ist nicht aus der Mitteilung ersichtlich.

Morestin (Paris): Palmure cicatricielle thoraco-brachiale.

Der Brustansatz der Schwimmhaut wurde V-förmig ausgeschnitten, die Wundränder weithin abgehoben und dann vernäht. Schnelle Heilung.

Ménard (Berck-sur-mer): Tuberculose benigne des grandes articulations.

M. verlangt für die Behandlung der Gelenktuberkulosen im Anfangsstadium Ruhigstellung für 1—2 Jahre. Dabei kommen event. Injektionen in Verwendung. 10—12 Monate genügen jedoch nicht zur Erzielung von Dauerheilungen mit guter Funktion.

Froelich et Weiss (Nancy): Contribution à la pathogenie du genu valgum des adolescents et de quelques autres lésions dites des adolescents.

Vortr. konnten viermal bei Osteotomien wegen Genu valgum aus den entfernten Knochenstückchen den Staphylokokkus albus züchten und nehmen daher

statt der nicht bewiesenen Spätrachitis abgeschwächte osteomyelitisähnliche Infektionen für manche Genu valgum-Formen des Jünglingsalters an. Den gleichen Befund erhoben sie dreimal bei Coxa vara, bei Tarsalgie, Hallux varus, unguis incarn. und multiplen Exostosen. Es dürften sich also manche Fälle auch dieser Krankheiten als abgeschwächte Staphylokokkeninfektion deuten lassen.

Moulonguet (Amiens): Résultats de l'ostéotomie des os de la jambe et des fémurs dans le genu valgum rachitique.

Multiple Osteotomien vermögen bei starken rachitischen Verkrümmungen recht gute Resultate zu ergeben, so z. B. bei einem Mädchen, deren Absätze bei geschlossenen Knien 35 cm abstanden, wobei der rechte Fuß rechtwinklig nach außen wies.

Willems (Gand): Étiologie et prophylaxie de la claudication après la coxalgie.

Nicht die Verkürzung des kranken Beines und die Ankylose sind es, welche das starke Hinken bedingen — diese werden durch Skoliose ausgeglichen —, sondern die falsche Stellung des Oberschenkels, besonders in Außenrotation. Darum kommt weniger forcierte Extension als die Erhaltung günstiger Stellung in Frage. Die hohen Stelzschuhe sollten in Wegfall kommen.

Calot (Berck-sur-mer): Le traitement de la luxation congénitale de la hanche avec un seul appareil en trois à quatre mois.

C. macht die Einrenkung bei möglichst jugendlichem Alter, im 2., 3. Jahre; sie ist leicht, auch ohne Narkose möglich, die Knochenveränderungen sind gering, und oft genügt ein Verband von 3—4 Monaten zu einer vorzüglichen Heilung.

Diskussion: Redard (Paris) steht auf demselben Standpunkt; auch er hat schon ohne Chloroform eingerenkt; im allgemeinen immobilisiert er nicht so lange.

Nové-Josserand (Lyon) hält auch das Alter von 2—3 Jahren für das günstigste für unblutige Einrenkung; er läßt jedoch zur Vermeidung der Reluxationen die Verbände 7—8 Monate.

Meucière (Reims) möchte die Worte Calot's einfach dahin modifiziert wissen, er sei in günstigen Fällen nach unblutiger Einrenkung bei kleinen Kindern mit einem Verbande ausgekommen. Eine Regel sei nicht daraus zu machen.

Meucière: Technique de mon lévier pour faciliter la reduction non sanglante et extemporonée de la luxation congénitale de la hanche.

Der Hebel wird bei gebeugtem Oberschenkel angelegt zur Entspannung der Muskeln und soll vor allem den Kapselwiderstand überwinden. Wo die manuelle Reposition versagt, kann er noch erfolgreich verwendet werden.

Diskussion: Redard hält die Anwendung von Hebeln für unnötig; er hat selten Mißerfolge gehabt.

Meucière glaubt wohl, daß man auch ohne Hebel auskommen könne, dieser jedoch erleichtert die Aufgabe und ermöglicht die Einrenkung auch bei 13- und 14jährigen.

Dujon (Moulins): Inversion congénitale double de la voûte plantaire.

Sie besteht in Verrenkung des Tarsus nach abwärts und hat wohl ihren Grund in der frühzeitigen Ossifikation des Os cub. und cuneif. III, während die rück- und vorwärts gelegenen Skeletteile von Tarsus und Metatarsus noch nicht verknöchert sind.

Demonstration von Instrumenten.

Gautier: Geflochtener Silberdraht für versenkte Nähte und Silberkanüle für suprapubische Blasenfistel.

Brunswic de Bihan: Amputations- und Resektionsmesser mit schweren Heften.

Lambotte: Klemmpinzetten zum Versenken.

Monprofit: Operationstisch und Beckenstütze mit abnehmbarer Platte.

Reverdin: Großes Kupferbecken mit Beckenstütze in der Mitte, deren Rand mit Gummikranz gepolstert ist.

Delangre: Apparat für Paraffininjektionen und Klemmpinzetten für gewisse Operationen im Gesicht.

Gourdet: 1) Filière aus drei winklig gestellten graduierten Metallstreifen, welche auch das Messen nicht zylindrischer Körper gestattet.

2) Instrument zum Auseinanderhalten (Desenclaveur) der Wunde bei Prostatektomie mit einer Vorrichtung zum Auswechseln gegen einen Konduktor für die Harnröhre.

3) Aseptischer Uteruskatheter.

4) Satz von Spekulis usw. mit konischem Einsatz.

5) Skarifikator für Schröpfköpfe.

6) Spezialwundhaken für Tarsektomie.

7) Klemmen mit schräggestelltem T-Maul zum Verschließen des Muttermundes bei abdominaler Uterusexstirpation.

8) Zangenähnlicher Kopfhalter für Operationen an Schädel und Gesicht.

9) Kräftiger Apparat, um bei blutiger Reposition die Fragmente in der Richtung ihrer Achse zu verschieben.

10) Saugpumpe mit Pedal zur Aspiration von Blut- und anderen Ergüssen der Bauchhöhle. **Christel** (Metz).

---

14) F. Lašek. Beitrag zur Skopolamin-Morphiumnarkose.
(Časopis lékařů českých 1905. p. 31.)

L. injizierte bei 16 Pat. im Alter von 17—68 Jahren eine frisch zubereitete Lösung von Skopolaminum hydrobromicum (Merck) und Morphium auf zweimal subkutan; die Gesamtmenge betrug 10 dmg Skopolamin und 25 cg Morphin. Die Dose mußte nach 1—1½ Stunden wiederholt werden. Nur in zwei Fällen (Plastik nach Thiersch bei Beingeschwür und Exzision eines Lippenkarzinoms) kam der Autor mit dieser Narkose aus; sonst mußte er noch Chloroform inhalieren lassen, von dem allerdings eine kleine Menge zur Erzielung einer tiefen Narkose genügte. Ein anderer Mangel der Skopolamin-Morphiumnarkose war ein unregelmäßiger Atmungstypus nach Art des Cheyne-Stokes'schen Atmens, der in einem Falle tödlich endete:

41jährige Dienstmagd mit Struma colloides. Nach Injektion der ersten Hälfte der Mischung wurde Pat. im Verlauf einer Stunde cyanotisch. Nach dem Verschwinden der Cyanose wurde bei beschleunigtem, aber gutem Pulse die andere Hälfte injiziert. Nach Beginn der Operation mußte man Chloroform inhalieren lassen. Plötzlich wurde die Kranke blaß, dann cyanotisch, und es stellte sich Cheyne-Stokes'sches Atmen ein, bis Apnoe eintrat. Bei der Obduktion fand man außer Hyperämie der Organe dunkelflüssiges Blut im Herzen, in den Sinusen und Gehirnhäuten, mäßiges Aortenatherom und kleine Knötchen an der Mitralis.

Die Skopolamin-Morphiumnarkose bedeutet eine Rückkehr zu dem Stande zur Zeit vor der Inhalationsnarkose. Der Autor stellt sie auf eine Stufe mit der Morphium-, Atropin-, Narcein-, Kokain-Chloroformnarkose und erklärt sie für gefährlich. **G. Mühlstein** (Prag).

15) B. Rys. Tod nach Skopolamin-Morphiumnarkose.
(Časopis lékařů českých 1905. p. 493.)

Ein 15jähriger, großer, mittelkräftiger Jüngling mit Lymphomen der einen Halsseite bekam subkutan eine halbe Pravazspritze folgender Lösung: Morphium 0,25, Skopolaminum hydrochloricum 0,01, Aqua 10,00. Nach einer Weile schlief er ein, da er aber noch reagierte, bekam er nach einer Stunde noch eine halbe Spritze derselben Lösung. Da Pat. bei der Exstirpation unruhig war, bekam er 5 g Chloroform, worauf eine tiefe Narkose eintrat. Die Operation dauerte eine Stunde; während und nach derselben zeigten sich keine bedrohlichen Symptome. Ohne daß der Kranke erwacht wäre, traten nach 12 Stunden in den Extremitäten

tonische Krämpfe auf; Temperatur 40,9° C; nach weiteren 5 Stunden wurde der Puls schwach und häufig, die Atmung unregelmäßig; trotz Injektion von Moschustinktur und physiologischer Kochsalzlösung starb Pat. 21 Stunden nach der ersten Injektion. Bei der Sektion fanden sich außer einer starken Mydriasis eine Endokarditis und adhäsive Pleuritis. Der Autor spricht sich auf Grund dieses Todesfalles und seiner übrigen unangenehmen Erfahrungen in ungünstigem Sinne über die Skopolamin-Morphiumnarkose aus. **G. Mühlstein** (Prag).

16) **F. Zahradnický.** Über die Skopolamin-Morphiumnarkose.

(Revue o neurologii etc. 1904. p. 417.)

Z. benutzte die Skopolamin-Morphiumnarkose in 232 Fällen bei Personen im Alter zwischen 9 und 60 Jahren. Er ging nach der Methode von Korff vor, nur injizierte er nur zweimal — 1½ und ½ Stunde vor der Operation. Nur in 100 Fällen wurde eine vollständige Anästhesie erzielt, in 132 Fällen mußte mit Inhalationsmethoden nachgeholfen werden. Die Narkose hat den Vorteil, daß der Narkotiseur entfällt und daß die üblen Zustände nach den Inhalationsnarkosen fehlen. Aber sie hat große Nachteile: 1) den späten Eintritt der Unempfindlichkeit, wodurch diese Narkose bei dringenden Operationen außer Betracht kommt; 2) ihre Unverläßlichkeit; jede Nachhilfe mit Äther oder Chloroform bringt selbst bei kleinen Mengen ernste Gefahren mit sich; 3) ist die Narkose an und für sich gefährlich, selbst in geringen Dosen. Der Autor verzeichnet unter seinen Fällen einen Todesfall, der trotz der kleinen Dose der Narkose selbst zur Last fällt. Der Fall betraf einen 41jährigen Mann mit einem faustgroßen Kropf, der wegen raschen Wachstums und Atembeschwerden zur Operation gelangte. Injiziert wurden 0,02 g Morphin und 0,01 Skopolamin auf zweimal. Die Narkose war ziemlich gut, nur die Atmung schwer; nach 3 Minuten trat Asphyxie auf, die den Tod zur Folge hatte. Bei der Sektion fand sich parenchymatöse Degeneration des Herzens, der Leber und der Niere. **G. Mühlstein** (Prag).

17) **K. Teuner.** Über die Äthernarkose.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 111.)

T. verwendet bei Pat. jeden Alters zur Narkose ausschließlich chemisch reinen, neutralen, wasserfreien Äther von Merck (ohne jedes andere Narkotikum) und führte mit demselben binnen 5 Jahren 1020 Narkosen aus, ohne einen Todesfall zu erleben. Von üblen Zufällen kamen vor: zwei Asphyxien, eine maniakalische Psychose, sechs Pneumonien und eine Anzahl unbedeutender Bronchitiden; in allen diesen Fällen trat vollständige Restitution ein. Der Äther wird mittels der Maske von Wagner-Longard aufgetropft, die durchschnittliche Verbrauchsmenge beträgt 1,65 g in der Minute. Während der Narkose konstatierte T.: anfängliche Zunahme der Puls- und Atmungsfrequenz, die nach 24 Stunden — bei Bauchoperationen etwas später — zur Norm zurückkehrt; Sinken der Temperatur um durchschnittlich 0,8° C, bei hoch fiebernden Kranken auch um 4°; Zunahme der Leukocyten in 72% der Fälle, Abnahme derselben in 8%; in 20% blieb ihre Zahl unverändert; Erbrechen und Salivation waren stets geringfügig; häufig stellte sich Zittern und ein Erythem ein. **G. Mühlstein** (Prag).

18) **Noehte.** Ein Fall von Gehirnerschütterung.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1905. Hft. 2.)

Die Gehirnerschütterung infolge eines Sturzes auf den Kopf rief zunächst mehrtägige Bewußtlosigkeit hervor; dann traten, nachdem das Bewußtsein wieder vorhanden war, folgende Störungen in die Erscheinung: Störungen der Bewegungstätigkeit, Störungen des Geruchs- und Geschmacksvermögens, Einengung des Gesichtsfeldes, Vergeßlicheit für Namen, Trübung der Merkfähigkeit für selbsterlebte Ereignisse, Trübung der optischen Erinnerungsbilder, gutmütiges, etwas kindisches Benehmen. Verf. führt diese Störungen, die erst nach relativ langer Zeit schwanden, auf die lange Dauer der Bewußtlosigkeit und eine Schädigung der Hirnrinde in der Umgebung der Zentralfurche zurück. **Herhold** (Altona).

19) **Nicoll.** Case of hydrocephalus in which peritoneo-meningeal drainage has been carried out.
(Glasgow med. journ. 1905. März.)

N. empfiehlt bei Hydrocephalus externus folgendes Verfahren: Resektion zweier Lendenwirbelbogen und eines Proc. transversus, Eröffnung der Peritonealhöhle von hier aus und Verbindung derselben mit den Meningen durch ein resorbierbares oder in einer späteren Operation zu entfernendes Glasdrain; oder man zieht einen Netzzipfel hervor und befestigt ihn an den Meningen, wie N. das in dem vorgestellten Falle getan hat. N. erhofft von diesem Verfahren ein dauerndes Abfließen des Liquor cerebrospinalis in die Bauchhöhle, wo er resorbiert wird. Der Erfolg ist noch nicht gesichert. **W. v. Brunn** (Rostock).

20) **Grosse et Theuveny.** Deux observations de spina bifida.
(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine Schwanzgeschwulst, die mit ihrem Inhalt offenbar früher mit dem Rückenmarke kommuniziert, sich vollkommen isoliert hatte und nun mit dünnem Stiel außen anhing, nebst darunter gelegener Spina bifida occulta; im zweiten Fall um eine Spina bifida, wo sich nach der Operation ein Hydrocephalus und vollkommener Vorfall des Beckenbodens und des gelähmten Afters, welche beutelförmig herunterhingen, entwickelte.
Herm. Frank (Berlin).

21) **Kirmisson.** Nouvel exemple de spina bifida latent chez une fillette de cinq ans et demi. Examen radiographique.
(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Aus dem Röntgenbild ergibt sich die große Knochenlücke, in welcher die ganze linke Hälfte des Kreuzbeines fehlt oder kaum zur Entwicklung gekommen ist. Man fühlte den Rand des Os ilium und darüber eine umfangreiche, schwappige Geschwulst, über welcher die Haut angiomatös verändert war. Außer der Atrophie des linken Beines noch ein siebenzehiger Varus. **Herm. Frank** (Berlin).

22) **M. Sträter.** Een Geval van Peritonitis door Perforatie van een Meckel's Divertikel.
(Nederl. Tijdschr. 1905. Nr. 9.)

Ein 21jähriges Mädchen kam mit dem Zeichen einer diffusen Peritonitis ins Krankenhaus. Die Diagnose wurde auf eine Perforationsperitonitis nach Appendicitis gestellt. Bei der Operation zeigte sich eine Perforation des Meckel'schen Divertikels. Die Perforationsstelle wurde mit Nähten geschlossen, Drainage der Bauchhöhle, Heilung. **E. H. van Lier** (Amsterdam).

23) **Paton.** Perforated enteric ulcer in a child of 7 — operated twenty-three hours later — pneumonia — recovery.
(Glasgow med. journ. 1905. März.)

Die hirsekorngroße Perforation war unmittelbar nach dem Einnehmen von Rizinusöl erfolgt. Bei der Operation bestand bereits allgemeine Peritonitis; in der Bauchhöhle war viel Darminhalt. Die Perforation befand sich im untersten Teile des Ileum, war wohl durch Ulzeration eines Solitärfollikels entstanden. Therapeutisch wurde Darmnaht, Spülung und Drainage angewendet. 2 Tage nach der Operation setzte die Peristaltik wieder ein, bis dahin wurde das Kind rektal ernährt; auch wurde dies noch weitere 8 Tage fortgesetzt. Trotz der am 11. Tage nach dem Eingriff einsetzenden kruppösen Pneumonie kam das Kind durch.

Für eine Diagnose auf Typhus fehlten die nötigen Anhaltspunkte. Der Fall ist wegen der Jugend der Pat. bemerkenswert. **W. v. Brunn** (Rostock).

24) **Barth.** Über unsere Fortschritte in der Beurteilung und Behandlung der eitrigen Perforationsperitonitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 10.)

B. hat in den letzten 2 Jahren elf Fälle von Ileus im akuten Stadium der Peritonitis mit Enterostomie behandelt und sieben Kranke durchgebracht. Vier Kranke starben septisch, nachdem in drei Fällen das Erbrechen nach der Enterostomie tagelang aufgehört und der Darm sich wieder durchgängig gezeigt hatte. Im vierten Falle war der Erfolg ein vorübergehender. Es gelang B., einen Kranken zu retten, bei dem drei Enterostomien gemacht wurden. Bei einem gelähmten Darm ist ein Erfolg nicht zu erwarten. Ob bei einem kontraktionsfähigen Darme der Erfolg der Enterostomie ein vollständiger ist, darüber entscheidet vor allem die alle 12 Stunden vorzunehmende Magenausheberung (Darminhalt!); ev. muß noch eine zweite, auch eine dritte Eröffnung des Darmes vorgenommen werden. Der Eingriff gestaltet sich dadurch zu einem einfachen, daß nach Annähung einer beliebigen geblähten Darmschlinge diese mit einem dünnen Trokar punktiert wird, dessen Kanüle liegen bleibt und mit einem Gummischlauche zur Ableitung armiert wird. Die kleine Darmwunde pflegt sich später von selbst zu schließen.

Borchard (Posen).

25) **L. T. Driessen.** Een Geval van Appendicitis in Graviditate ten gevolge van Carcinoma appendicis.

(Nederl. Tijdschr. 1905. Nr. 9.)

D. teilt einen Fall mit von Appendicitis mit Parametritis bei einer Schwangeren. Weil die Zeit für Frühoperation schon vorbei war, wurde der Wurmfortsatz später à froid exstirpiert. Er war 7 ccm lang, von fester Konsistenz, mit einer Obliteration in der Mitte.

Von dieser Stelle wurden Schnitte gemacht und mikroskopisch ein alveoläres Karzinom nachgewiesen. **E. H. van Lier** (Amsterdam).

26) **F. Zahradnický.** Bericht über 604 Hernienoperationen.

(Časopis lékařů českých 1904.)

Die vom Autor im Bezirkskrankenhause zu Deutschbrod operierten 604 Hernien (462 frei, 142 eingeklemmt) verteilen sich folgendermaßen: 348 auf Männer, 93 auf Weiber, 151 auf Knaben (unter 15 Jahren) und 12 auf Mädchen. Leistenbrüche einseitig 360 (213 rechts, 147 links), doppelseitig 136, Schenkelbrüche 77 (46 rechts, 31 links), Nabelbrüche 23, Bauchbrüche 5, epigastrische 3. Nach dem Alter entfielen auf die Zeit bis zum 15. Lebensjahre 165, zwischen 15—20 Jahren 43, zwischen 21—30 Jahren 121, zwischen 31—40 Jahren 75, zwischen 41—50 Jahren 83, zwischen 51—60 Jahren 68, zwischen 61—70 Jahren 34, über 70 Jahre 5.

Operationsresultate: von 462 Pat. mit freien Hernien starben 2 infolge von Pneumonie ex ingestis, und zwar ein 45jähriger Mann mit einem Scrotalbruch und ein 5monatiges Kind mit einem Nabelbruche. Bei der Revision von 97 Brüchen bei 85 Pat. wurden 3 Rezidive gefunden. — Von 142 mit eingeklemmten Brüchen (80 inguinal, 61 crural, 1 umbilical) starben 14, davon 2 an den Folgen der Taxis, 1 infolge der Spontanreposition, 3 an Pneumonie, 3 an Darmparalyse, 4 an diffuser Peritonitis und 1 infolge von Aspiration. Von 30 Pat. mit brandigen Brüchen starben nach seroseröser Naht (4 Fälle) 0, nach Resektion der Wand (1 Fall) 0, nach primärer zirkulärer Resektion (16 Fälle) 4, nach Anlegung eines Kunstafters (5 Fälle) 5, nach Enteroanastomose (2 Fälle) 0. — In ätiologischer Beziehung ist bemerkenswert, daß 146 Leisten-, 8 Schenkel- und 2 Bauchbrüche auf Traumen zurückgeführt werden, und zwar mit wenigen Ausnahmen durchwegs von Kranken, die keine Ansprüche auf Entschädigung erhoben. — Der äußerst gründlichen und fleißigen Arbeit sind zahlreiche Tabellen, Abbildungen und sämtliche Krankengeschichten beigegeben. **G. Mühlstein** (Prag).

27) G. Ekehorn. 624 Radikaloperationen für Bruch.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 8. [Deutsch.])

Als erste Abteilung einer chirurgischen Statistik aus dem Länslasarett von Sundsvall liegt Verf.s oben genannte Arbeit vor. Es ist nicht die Absicht, ausführlich über Brüche im allgemeinen hier zu handeln, Verf. will nur einen Krankenhausbericht erstatten. Und da er als Primararzt an einem der größeren Krankenhäuser Schwedens tätig ist, trägt die Arbeit vorwiegend das persönliche Gepräge eines vielbeschäftigten Chirurgen.

Zuerst beschreibt Verf. einige mehr oder weniger seltene und interessante Komplikationen:

1) Blinddarm und Wurmfortsatz sind in eine größere Retentionscyste (Appendicitis cystica) umgewandelt und bilden den Inhalt eines rechtsseitigen irreponiblen Leistenbruches.

2) Blinddarm und Wurmfortsatz bilden den Bruchinhalt eines linksseitigen Leistenbruches.

3) Einklemmung eines Meckel'schen Divertikels in einem rechtsseitigen Schenkelbruche.

4) Volvulus als Komplikation eines großen Leistenbruches.

5) Hernia interstitialis, 1 Fall.

6) Cystokele, 2 Fälle.

7) Hernia ovarii, 1 Fall.

8) Hydrocele muliebris (Diverticuli Nuckii), 2 Fälle.

9) Besondere andere Komplikationen — Hydrokele, Epididymitis tuberculosa, Kryptorchismus usw. — werden nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

Hinsichtlich der Mortalität reduziert sich diese bis auf 0,16% (1 Todesfall auf 608 Operierte). Die übrigen Todesfälle konnten nicht der Operation als Ursache zugerechnet werden.

Heilungsverlauf: Keine Drainage mehr seit 5 Jahren. Nähte am 7. Tag entfernt. Nach 14 Tagen hat Pat. das Bett in der Regel verlassen.

Bezüglich der statistischen Angaben in den einzelnen Abteilungen der Arbeit müssen diese im Originale gelesen werden, da sie sich nicht für ein kurzes Referat eignen. Die Überschriften sind: Leistenbrüche bei Männern, Resultat mit Rücksicht auf Rezidiv bei Radikaloperationen von Leistenbrüchen bei Männern (Tabelle), Alter des Bruches (Tabelle), Leistenbrüche bei Frauen, Schenkelbrüche, brandige Brüche, Nabelbrüche, Brüche in der Linea alba.

Zuletzt gibt Verf. eines der Formulare wieder, die bei den Krankengeschichten für Brüche angewendet worden sind, deren Ausfüllung auf dem gewöhnlichen Spezialjournal am Krankenbette von dem Assistenten gemacht wird.

Hansson (Cimbrishamn).

28) Archambault. Congenital atresia in upper third of small intestine etc.

(Albany med. annals 1904, Nr. 7.)

Das 3 Tage alte Kind hatte seit der Geburt keine Stuhlentleerung und erbrach andauernd. Afteröffnung normal, bei der Rektaluntersuchung wird kein Hindernis gefunden, daher Versuch, eine rechtsseitige inguinale Kolostomie anzulegen. Jedoch wurde nach Eröffnung der Bauchhöhle an der Stelle des Blinddarmes nur ein Konvolut geschrumpfter Darmschlingen und oberhalb geblähte Dünndarmschlingen gefunden; Enterostomie an einer solchen Schlinge, Entleerung von einem Liter Mekonium, Tod 8 Stunden später. Sektionsbefund: Der ganze Dickdarm und der größere Teil des Dünndarmes rudimentär entwickelt, in einen bleistiftdicken Strang verwandelt, welcher sich vom After bis ungefähr zum mittleren Teil des Jejunums erstreckte; oberhalb war der Darm normal entwickelt, zwischen beiden Teilen bestand keine Verbindung, sie waren vollkommen voneinander getrennt.

Einen ganz ähnlichen Fall beschrieb Mercadé (Ann. de chir. et d'orthopédie 1903 März). **Mohr** (Bielefeld).

29) **Wallace.** A series of cases of intussusception in childhood.
(Annals of surgery 1905. Nr. 3.)

Verf. berichtet über 20 an Kindern wegen Darmeinstülpung vorgenommene Operationen. Von den 20 Fällen waren 10 ileocoecale, 5 ileo-colic-colic, 4 enteric-ileocoecale, 1 colic. 10 waren einfache und 9 doppelte Intussusceptionen. W. schlägt vor, die Bezeichnung der Darmeinstülpungen zu vereinfachen und alle Dick- und Dünndarm zugleich betreffenden Intussusceptionen nur als Enterocolica zu bezeichnen unter Hinzufügen, ob sie einfach oder doppelt sind. Verdauungsstörungen wurden als Ursache nicht häufig angetroffen, sie scheinen keine große Rolle bei dem Zustandekommen der Darmeinstülpungen zu spielen. Als Behandlung kommt nach W. nur die Laparotomie in Frage, Lufteinblasungen sind zu verwerfen. Von den 20 Operierten endeten nur 4 tödlich = 20%.

Herhold (Altona).

30) **Leclerk et Beutter.** Un cas d'embolie de l'artère mésentérique supérieure.
(Soc. méd. des hôp. de Lyon 1904. Dezember 13.)

Bei dem 42jährigen Kranken mit den klassischen Symptomen einer Asystolie trat plötzlich Bluterbrechen, Pulsschwäche, schmerzhafte gleichmäßige Auftreibung des Bauches, subnormale Temperatur und 20 Stunden nach Beginn der Erscheinungen der Tod ein. Sektionsbefund: Blutiges Serum in der Bauchhöhle, beginnende fibrinös-eitrige Peritonitis, Darmschlingen im ganzen Gebiete der Art. mesenterica superior auffallend hortensiarot verfärbt, aufsteigendes Kolon und letztes Ende des Ileums livide und cyanotisch verfärbt. In der Art. mesenterica superior ein Thrombus, welcher etwa 3 cm von ihrem Ursprung entfernt beginnt und sich bis in die Endverzweigungen fortsetzt. Darmschlingen mit schwärzlicher, blutiger Flüssigkeit gefüllt. Es bestehen deutliche ältere Veränderungen an der Mitralis.

Von acht mit der Diagnose Ileus operierten Pat. mit Embolie der Mesenterialarterien starben fünf; ob in den drei geheilten Fällen tatsächlich eine Embolie vorlag, ist zweifelhaft. Die theoretisch richtige Operation bestände in der Resektion des befallenen Darmteiles; dieser ist jedoch oft zu ausgedehnt und die Widerstandskraft fast immer zu gering, als daß Aussicht auf Erfolg vorhanden wäre.

Mohr (Bielefeld).

Berichtigung zur Bemerkung des Herrn Dr. Brenner über mein Uretenkystoskop.

In Nr. 15. des Zentralblattes für Chirurgie p. 422 gibt Herr Dr. Brenner an, daß bei seinem früher konstruierten Ureterenkystoskop der Ureterenkatheter, ebenso wie bei meinem Instrumente, »auf der der Konvexität des Schnabels entsprechenden Seite des Schaftes heraustritt.«

Diese Angabe ist insofern nicht richtig, als bei Brenner's Ureterenkystoskop der Katheter nicht wie bei meinem Ureterenkystoskop aus dem Schafte, also vor der Konvexität des Schnabelwinkels, sondern aus dem Schnabel unmittelbar hinter der Konvexität des Schnabelwinkels, heraustritt.

Berlin, den 16. Mai 1905.

Dr. A. Freudenberg.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 23. Sonnabend, den 10. Juni. 1905.

(Aus der chirurgischen Abteilung des Neuen Krankenhauses zu Kalk-Köln.)

Zur Blasennaht nach der Sectio alta.

Von

Oberarzt Dr. C. **Hofmann.**

In Nr. 43 der Münchener med. Wochenschrift 1902 habe ich in einem Artikel »Zur Frage der Blasennaht nach Sectio alta« eine systematische Vorbehandlung der Blase vor der Operation empfohlen. Zweck dieser Vorbehandlung, welche in absoluter, event. mehrere Wochen durchgeführter Bettruhe, innerer Darreichung von Antisepticis, hydropathischen Umschlägen, Blasenspülungen usw. bestehen sollte, war die Erreichung eines normalen Urins und die möglichste Beseitigung aller sekundären entzündlichen Veränderungen, wie sie im Gefolge von Blasensteinen und sonstigen Blasenerkrankungen aufzutreten pflegen. Es liegt auf der Hand, daß eine nach der Sectio alta bei

bestehender hochgradiger Cystitis, entzündlichen Schleimhaut- und Blasenwandveränderungen ausgeführte Blasennaht schon durch den infektiösen Zustand des Operationsgebietes wenig Aussicht auf Erfolg haben kann. Daran ändert auch die feinste und technisch vollkommenste Blasennaht nichts. Andererseits wird jede Blasennaht den Erfolg von vornherein schon mehr oder minder für sich haben, die unter möglichst aseptischen Verhältnissen bezüglich des Organes selber ausgeführt werden kann.

Unsere zwischenzeitlichen Erfahrungen haben dies auch vollkommen bestätigt und uns die Möglichkeit an die Hand gegeben, noch einen Schritt weiter zu gehen. Damals habe ich von der traditionellen Tamponade des prävesikalen Raumes und dem Dauerkatheter noch nicht absehen zu können geglaubt. Beide, besonders auch der Dauerkatheter für die ersten Tage wenigstens, erschienen unentbehrlich.

Fragt man sich zunächst nach dem Vorteil, den die Tamponade des prävesikalen Raumes bei ausgeführter Blasennaht gewährt, so wird er hauptsächlich in der Sicherung vor einer eventuellen Urininfiltration gefunden. Man vergißt nur dabei, daß die Blasennaht einige Tage wenigstens rein mechanisch wasserdicht schließt, wenn sie gut ausgeführt ist, und daß für diese Zeit also diese Sicherstellung vor der Urininfiltration gar nicht nötig ist. Ja die weitere Überlegung zeigt, daß in diesen Tagen, besonders wenn man die Blase mit einigen Nähten an die Bauchdecke fixiert und so den prävesikalen Raum mehr oder weniger ausschaltet, eine Vereinigung und Verwachsung der äußeren Schicht der Blasenwand mit der Bauchdeckenfascie eintreten muß. Diese Verlötung innerhalb der Wunde kann aber der Blasennaht während der nun folgenden kritischen Tage (etwa 3. bis 6. Tag) nur von Vorteil sein. Die geschlossene Narbe über der Blasennaht dient ihr sicher als beste Stütze. Ähnliche Verhältnisse haben wir ja am Magen und Darm, wenn auch durch das fehlende Peritoneum die Verklebungsverhältnisse bei der Blase nicht ganz so günstig sind. Legen wir z. B. am Magen oder Darm zu irgendeinem Zweck eine Fistel (etwa eine Ernährungsfistel) an, so wird die zuerst wasserdichte Fistel nach etwa einer Woche undicht, sobald wir sie nicht durch eine Fixierung an die Bauchdecken mittels Naht stützen. Fixieren wir aber das Eingeweide am parietalen Peritoneum und schließen die Bauchdecken, so tritt nie eine Undichtigkeit ein, wie dies ja hinlänglich bekannt ist.

Die Verhältnisse bei der Blasennaht liegen wenigstens ähnlich; der erfolgreiche Versuch hat diese Tatsache auch praktisch bestätigt. Ich habe glatte Heilungen erzielt und bisher keine Urininfiltration gesehen. Angenommen, es würde trotzdem gelegentlich einmal eine Urininfiltration auftreten, dann werden sicherlich schon beim Durchtreten der ersten Urintropfen heftige Schmerzen auftreten, die alsdann die Eröffnung der Wunde und nachträgliche Tamponade des prävesikalen Raumes im Gefolge haben müssen. Die Situation ist dann aber sicher nicht schlechter wie bei der primären Tamponade.

Die einzige Vorbedingung für das ganze Verfahren ist und bleibt die Herstellung eines möglichst normalen Blasenurins vor der Operation, also die sorgfältige Ausführung der eingangs erwähnten Vorbehandlung. Im letzten Jahre habe ich an Stelle des Salols und Helmitols zu diesem Zwecke ein neues Nieren-Blasenantiseptikum, das sich Vesipyrin[1] nennt, mit bestem Erfolg in Anwendung gebracht. Das Vesipyrin hat den großen Vorzug, daß es nie reizend auf die Nieren wirkt, weil die zwar, wie beim Salol, gebildete Karbolsäure durch gleichzeitig entstehende Essigsäure wieder unschädlich gemacht wird. Es tritt nach Vesipyringebrauch niemals Karbolharn auf. Seine antiseptische Wirkung verdankt das Vesipyrin der im Darm aus dem Präparat gebildeten Salizylsäure, die ins Blut übertritt, sich sehr bald im Harn nachweisen läßt und stundenlang darin nachweisbar bleibt. Der Erfolg bei bestehender Cystitis ist meist ein sehr schneller und überraschend guter. Nach meinen Erfahrungen kann das Vesipyrin wegen seiner vorzüglichen Eigenschaften heute wohl als das beste interne Blasenantiseptikum gelten, zumal es auch wegen seiner Ungefährlichkeit den Nieren gegenüber unbeschränkt angewandt werden kann.

Auch während der Nachbehandlung empfiehlt es sich, geringe Vesipyrindosen — meist genügen beim Erwachsenen 2,0 pro die — weiter zu geben. Der Dauerkatheter bleibt, wie schon erwähnt, weg. Daß spontane Urinentleerung bald nach der Operation möglich ist, kommt nicht selten vor. Immerhin muß man in der ersten Zeit mindestens zweimal täglich katheterisieren, da schon die Fixation der Blase an die Bauchdecken eine gewisse Menge Residualharn bedingt, auch wenn spontan uriniert werden kann. An häufigeres Urinieren sind die Pat. mit Blasenerkrankungen, Fremdkörpern, Blasensteinen usw. übrigens in der Regel von ihrer früheren Cystitis her gewöhnt.

Bezüglich des Dauerkatheters möchte ich nur noch bemerken, daß seine Anwesenheit in der an und für sich schon sehr reizbaren Blase keineswegs günstig auf die Heilung der Naht wirken kann. Ich glaube, daß demgegenüber selbst ein häufigerer Katheterismus, der freilich mehr Zeit und Sorgfalt als der Dauerkatheter erfordert, günstiger und gerade mit Rücksicht auf die Naht vorzuziehen ist.

---

[1] Vesipyrin ist von dem Chemiker Dr. Lüders, Charlottenburg, dargestellt und kann durch die Drogenhandlung von Schöller & Schmitz in Bonn bezogen werden. Es wird in Dosen von 1,0—4,0 täglich in Pulver- oder Tablettenform verabreicht; der Preis ist kein hoher.

---

1) **O. Schultze.** Weiteres zur Entwicklung der peripheren Nerven mit Berücksichtigung der Regenerationsfrage nach Nervenverletzungen.

(Verhandlungen der physikalisch-medizinischen Gesellschaft zu Würzburg. N. F. Bd. XXXVII. Nr. 7. Würzburg 1905.)

Verf. wendet sich gegen die Neuronenlehre, speziell gegen das Waller'sche Gesetz vom »nutritorischen« Zentrum und gegen die His'sche Theorie der frei auslaufenden und frei endigenden Nerven. In Übereinstimmung mit älteren und neuen Forschern — es seien nur Schwann, Kölliker, Kupffer, Billroth, Bethe, Dohrn genannt — hat Schultze bei seinen onkologischen Studien an Amphibienlarven gefunden, daß der periphere Nerv an Ort und Stelle aus primär angelegten Neuroblasten entsteht, daß er durch Zellteilung eben dort in Länge und Dicke wächst, und daß die peripheren Nerven nicht mit freien Enden endigen, sondern sich in ein feines Endnetz auflösen, das aus einem kontinuierlichen, embryonalen Neuroblastennetz hervorgeht.

Hiermit stimmen auch die neueren pathologischen Befunde bei der Nervenregeneration überein. Diese geschieht nicht durch Widerauswachsen der zentralen Nervenenden in die zugrunde gegangenen peripheren Faserzüge, die so nur als Leitbahnen dienen. Der autogenetisch aus eigenen Bildungszellen peripher entstandene periphere Nerv regeneriert durch Proliferation dieser Zellen, deren Kerne die sogenannten Schwann'schen Kerne sind. Also autogen und isogen wie das Epithel, der Muskel, die Drüse usw. wächst und regeneriert der periphere Nerv.

Deshalb ist die Waldeyer'sche Neuronenlehre nicht mehr haltbar. »Die periphere Nervenfaser ist kein Zellfortsatz mit aufgelagerten Scheidenzellen, sondern ein Syncytium mit zahlreichen eigenen trophischen und regenerationsfähigen Zentren.« Ein Defekt in diesem syncytialen Zellkomplex wird sowohl von der zentralen, als auch von der peripheren Seite her nach vorübergehender partieller zentraler und peripherer Degeneration auszufüllen versucht. Gelingt die Wiedervereinigung nicht, so stirbt der periphere Teil ab, »weil er den für sein Leben notwendigen vom Zentrum kommenden oder zum Zentrum gehenden Reiz, weil er seine Funktion verloren hat«.

Müller (Dresden).

---

2) **R. Milner.** Die sog. Stauungsblutungen infolge Überdruckes im Rumpf und dessen verschiedene Ursachen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 85.)

3) Derselbe. Nachtrag zu dieser Arbeit.

(Ibid. p. 585.)

Der Hauptzweck der Arbeit, welche, aus der Berliner Charité (Prof. Hildebrand) hervorgegangen, an mehrere dort beobachtete einschlägige Fälle anknüpft, ist es, eine allen Anforderungen genügende

ätiologisch-physiologische Erklärung für das Zustandekommen des eigentümlichen und in neuer Zeit wiederholt beschriebenen Symptomenbildes, Gedunsenheit, dunkle Färbung von Kopf und Hals mit Suffusion der Lider usw., zu geben. Die bisherigen Erklärungsversuche glaubten mit der Annahme einer einfachen Drucksteigerung in den beteiligten Venengebieten lediglich durch Rumpfkompression im wesentlichen auskommen zu können. M. erklärt es für kaum denkbar, daß nur eine Venenstauung die Erscheinungen bewirken könne, vielmehr müsse man eine Rückschleuderung von Venenblut unter starkem Überdruck in das klappenlose und daher einer rückläufigen Blutbewegung freie Wurzelgebiet der Vena cava superior annehmen. Für Zustandekommen einer solchen vehementen Venenblutrückschleuderung ist starke Rumpfkompression nicht die einzig mögliche Veranlassung. Da nach starkem Erbrechen, epileptischen Anfällen, Keuchhusten, ferner bei Strangulierten und bei Quetschungen im Menschengedränge auch die sog. Stauungsblutungen vorkommen, erhellt, daß auch ohne Rumpfkompression dergleichen Venenblutrückschleuderungen möglich sind. Da aber bei allen solchen Gelegenheiten die Staungsblutungen nicht regelmäßig zustande kommen, ist noch nach einem anderweitigen, bald zutretenden, bald ausbleibenden Momente für Ausbildung der »Blutungen« zu suchen, und dieses findet M. in einer reflektorischen Inspiration mit nachfolgender Glottisschließung und Anspannung der Bauchdecken, wie solche ja regelmäßig Erbrechen, Husten- und epileptische Anfälle und starke körperliche Anstrengungen begleiten. Erst durch Spannung der voll inspirierten Lungen bei geschlossener Glottis und Kompression der Bauchorgane durch die Bauchpresse wird das Venenblut, das nach unten zu strömen durch die Klappen der Beinvenen gehindert ist, gezwungen, als einzige Ausflucht den Weg in das Gebiet der Cava superior zu nehmen. In eingehender Weise sucht M. diese Theorie zu begründen. Übrigens kommen, wie er ausführt, auch Abwehrbewegungen der Eingeklemmten, arterielle Fluxionen und Kohlensäureintoxikationen in Betracht. Die Einzelnheiten des sehr plausiblen Räsonnements mögen im Originale gesucht werden, das auch anderweitige wichtige Begleiterscheinungen der Stauungsblutungen, die seltenen Störungen im Gehirn, am Seh- und Gehörorgane erörtert und ferner hervorhebt, daß die mehr oder weniger lange Zeit hinterbleibende dunkelblaue Färbung der befallenen Teile zum großen Teil auf venöser Stase infolge Überdehnung der elastischen Venen und Kapillaren (nicht auf Bluterguß) beruht.

Der Nachtrag zur Arbeit bringt einen schweren, tödlich geendigten Fall, dessen Sektionsbefund M.'s Ansichten gut stützt. Denn es fand sich dabei, daß im Kehlkopf oberhalb der Stimmbänder die Schleimhaut mit dunkelblauen Sugillationen und helleren Petechien dicht besäet war, während sich unterhalb derselben nur spärliche kleine Petechien fanden. Offenbar hat also hier entsprechend M.'s Theorie der stark gesteigerte Luftdruck unterhalb der als geschlossen

vorauszusetzenden Glottis die Schleimhaut gegen Überfüllung durch das peripherwärts gepreßte Venenblut geschützt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **E. F. Bashford.** The growth of cancer.

(Lancet 1905. April 1.)

Ein Vortrag Verf.s, des Direktors des Laboratoriums des Imperial cancer research funds, vor der Med. society of London. Die interessanten Ausführungen weisen zunächst darauf hin, daß man nicht mit Theorien, sondern nur auf Grund exakter Forschungen den Schwierigkeiten der Krebsfrage entgegentreten kann. Alle Theorien fallen vornehmlich vor dem Problem, warum der Krebs hauptsächlich im Alter auftritt, eine Tatsache, die sich durch das ganze Tierreich zeigt. Das Karzinom zeigt sich in großer Mehrheit beim Menschen nach 45—50 Jahren, beim Pferde nach 9 Jahren, bei Hund und Katze nach 9 Jahren, bei der Forelle nach 5—7 Jahren, bei der Maus nach 2 Jahren usw. Das Auftreten in dem jeweiligen Alter steht in direktem Verhältnis zu dem möglichen Alter des Tieres überhaupt. Die Schwierigkeiten der Forschung liegen zum größten Teil in der Schwierigkeit der Beobachtung, wie Krebs entsteht und wächst; ist das »Wie« gefunden, so ist man auch dem »Warum« näher. Auf den ersten Punkt sind also die Augen zunächst gerichtet. Unter günstigen experimentellen Verhältnissen ist das Wachstum des Krebses unbeschränkt. Artifiziell verbreitet entfaltet der Krebs alle Charakteristika des Wachstums der sporadischen Geschwülste. Das Wachstum des künstlich überimpften Krebses beruht auf der fortwährenden Proliferation der Parenchymzellen; diese ursprünglich von Jensen aufgestellte Behauptung vermochte Verf. an vier Fällen zu bestätigen. Das künstlich produzierte Parenchym benutzt die Reaktion des Wirtes zum Zwecke seiner eigenen Bedürfnisse. Künstlich übertragene Geschwülste verursachen in dem neuen Organismus keine Symptome; die Differenzierung geht genau nur in einer Richtung, sogar noch 3½ Jahre nach der Trennung von dem ursprünglichen Wirte. Die Zahl der Chromosomen der gesunden Gewebe ist im Prinzip beibehalten, ungeachtet der zeitweise auftretenden Reduktion der Zahl zur Hälfte. Der Augenschein läßt zu der Annahme neigen, daß das Wachstum des Krebses nicht gleichmäßig stattfindet und event. zeitweise fast zum Stehen kommen kann.

Diese Untersuchungen des Imperial cancer research funds erheben den Vorteil der frühzeitigen chirurgischen Behandlung des Krebses nach Verf. auf die experimentelle Basis, die bislang noch ausstand: künstlich überimpfte Geschwülste rufen Metastasen, wie die sporadischen Geschwülste überhaupt hervor; genügend frühzeitige Entfernung der lokal transplantierten Geschwülste entfernt die Möglichkeit der Metastasen. Die Versuche der Modifizierung des Wachstums überimpfter Karzinome, die Verf. anstellte, haben zu einem brauchbaren Resultat bislang nicht geführt.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

5) **J. Deyl.** Über das Karzinom des Augenapparates.

(Casopis lékařů českých 1905. p. 151.)

Das Karzinom entsteht mit Vorliebe an jenen Stellen, wo sich Papillen befinden und wo viele ernährende Gefäße, sei es anatomisch oder pathologisch, gehäuft sind. Zu seiner Entstehung bedarf es anfangs keiner entzündlichen Dilatation und Vermehrung der Gefäße diese treten erst sekundär hinzu und begünstigen das Wachstum des Neugebildes. Alles, was eine Hyperämie bedingt (mechanische, chemische, thermische Reize) beschleunigt die Wucherung; deshalb sollen (z. B. bei der Therapie des Lidkarzinoms) alle Eingriffe vermieden werden, welche eine Hyperämie und die Bildung neuer Gefäße begünstigen. — Die Wucherung geht in Form kleiner, vereinzelter Herde vom Epithel der Haarbälge aus, und zwar gleichzeitig von mehreren Zentren, also multizentral, sehr selten vom Epithel der Conjunctiva, der Hautdrüsen, Tränendrüsen und des Tränensackes aus. — Die beste Therapie ist die Exzision mit Außerachtlassung der klassischen plastischen Methoden; die Behandlung mit Röntgenstrahlen ist derzeit nicht zu empfehlen. **G. Mühlstein** (Prag).

6) **W. S. Handley.** The dissemination of mammary carcinome.

(Lancet 1905. April 8, 15 u. 22.)

Die groß angelegte, mit zahlreichen histologischen Abbildungen ausgestatete Arbeit aus dem Middlesex Hospital ergibt auf Grund der pathologisch-anatomischen und klinischen Beobachtungen Verf.s folgende praktische Schlüsse: Wenn der Brustkrebs die Grenze der Brustdrüse überschreitet, so verbreitet er sich zunächst in der tiefen Fascie. Diese sollte daher nach der Exstirpation von Brust- und Axillardrüsen ausgiebig entfernt werden. Um die »epigastrische Invasion« — der Verf. größere Aufmerksamkeit als bisher anderwärts geschehen ist, zuwendet —, möglichst zu verhüten, wird empfohlen, die gewöhnliche Inzision nach abwärts ca. 2 Zoll über die Linea alba zu verlängern. Die Lappen sollen dann unterminiert und die Fascie bis zu einer 2 Zoll unter dem Processus ensiformis liegenden Horizontalen, oder noch tiefer herab, exstirpiert werden. Haut und Muskeln brauchen nicht ebensoweit entfernt zu werden; denn hier ist die Ausbreitung der Geschwulst nach Verf. ein sekundärer Prozeß. Je mehr in der letzten Zeit der ausgiebigeren Exstirpationen der Brustkrebse die thorakalen Rezidive abgenommen haben, desto mehr stehen die abdominellen jetzt im Vordergrunde. Durch Hinweis auf die Gefahr der epigastrischen Invasion in präzisierter Weise soll die Arbeit, wie Verf. am Schluß meint, eine weitere beachtenswerte Reduktion in der Brustkrebsmortalität herbeiführen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

7) **M. Juliusburg.** Gefrierbehandlung bei Hautkrankheiten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 10.)

J. hat sich zur Gefrierung der Kohlensäure bedient und empfiehlt sie wegen ihrer Billigkeit gegenüber der sonst üblichen Äthyl-Methyl-Chloridmischung. Günstige Erfolge erzielte er bei Aknefällen und oberflächlichen sykotischen Prozessen, ganz vorzügliche Erfolge beim Lupus erythematodes. Dagegen traten beim Lupus vulgaris und bei der Psoriasis eher Verschlechterungen ein. Beim Ulcus cruris bewirkte öfteres Gefrieren Reinigung und schnelle Epithelisierung. Bei Röntgennekrotisierungen wurde keine günstige Beeinflussung konstatiert.

Während sich bei alleiniger Gefrierbehandlung keine Dauerresultate zu ergeben scheinen, wurden bei der Kombination der Gefriermethode mit der von Dreuw angegebenen nachfolgenden Ätzung mit Acid. hydrochlor. crudum Erfolge erzielt, welche auf Dauerheilungen hoffen lassen: Primäraffekte epithelisierten schon nach einmaliger Behandlung schnell zu. Beingeschwüre wurden sehr günstig beeinflußt, ebenso Sykosis non parasitaria. Psoriasisfälle zeigten dagegen Verschlechterung. Das eigentliche Feld für die Dreuw'sche Methode sind die tuberkulösen Hautkrankheiten aller Art.

Bei der Gefrierbehandlung handelt es sich hauptsächlich um eine zerstörende oder ätzende Wirkung, die bei der einfachen Gefrierung in einer oberflächlichen, bei der Gefrierung und nachherigen Ätzung in einer tiefer wirkenden Nekrotisierung des Gewebes besteht. Ob die starke seröse Transsudation und Leukocytose einen Einfluß auf die Krankheitsprozesse hat, will Verf. nicht entscheiden.

Die Einwirkung der Kohlensäure betrug 30—60 Sekunden. Bei oberflächlichen Hautaffektionen genügten, in 3—4 Wochen vorgenommen, drei Sitzungen. **Langemak** (Erfurt).

8) **H. Sutter.** Beitrag zu der Frage von den primären Muskelangiomen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 368.)

S. bringt aus dem Spital in Chaux-de-Fonds (de Quervain) fünf neue operativ behandelte einschlägige Fälle bei, die genau beobachtet, insbesondere aber gründlich am gewonnenen Präparate histologisch studiert sind, schließt hieran eine tabellarische Übersicht über sämtliche sonst schon publizierte Beobachtungen, um endlich eine Allgemeinbesprechung der Erkrankung mit besonderer Berücksichtigung der Histo-Pathologie zu geben.

Die Diagnose des Leidens ist recht schwer, da die meisten Muskelangiome nicht komprimierbar und oft von Thromben und Phlebolithen erfüllt sind. Die Prognose hat mit der Möglichkeit von Rezidiven zu rechnen, derentwegen stets in sicher gesundem Gewebe zu exzidieren ist. In einem Falle war eine Unterschenkelamputation nicht zu umgehen. Der Struktur nach sind ebenso wie bei den Hautangiomen kavernöse und teleangiektatische Geschwulstformen zu unterscheiden,

je nachdem größere Gefäßstämmchen oder lediglich Kapillaren Wucherung und Erweiterung erfahren. Die kavernösen Formen sind häufiger als die teleangiektatischen; von ersteren sind 26, von letzteren 6 bekannt. Eine erhebliche Mitbeteiligung des interstitiellen Bindegewebes zeigen 17 Fälle. Sehr wichtig ist der histologische Nachweis von Hyperplasie der glatten Gefäßmuskulatur. Man findet sie in den verschiedensten Stadien als konzentrische Hypertrophie an kleinen Venen, als exzentrische Wucherung der Gefäßmediae, schließlich als echte Geschwulstmassen. Mit dem Wachstum der Geschwulstmassen geht Degeneration und Zerstörung der quergestreiften Muskelfasern Hand in Hand, die schließlich zu schwinden scheinen und an deren Stelle Fettgewebe in die Lücke tritt. S. sieht also die Fettentwicklung bei den Muskelangiomen nicht als einen selbständigen pathologischen Vorgang an. Größere dünnwandige Bluthohlräume möchte S. durch Stauung in Kapillaren erklären, die von Verlegung letzterer durch die Geschwülste herrühren.

Die histologische Beschreibung der eigenen Präparate S.'s ist durch sechs an Umriß und Färbung exakt ausgeführte Abbildungen sehr gut veranschaulicht. Literaturverzeichnis von 16 Nummern ist beigefügt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

9) **R. Bergh.** Symbola ad morphographiam membri virilis cum tabulis tribus.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 5. [Deutsch.])

»Eine so reiche Gelegenheit zur Untersuchung der Formverhältnisse der äußeren männlichen Geschlechtsteile bei einer größeren Anzahl von Individuen wie ein viel beschäftigter Venerologe hat kein Anatom«. So beginnt Verf., der ein viel beschäftigter Venerologe in Kopenhagen ist, sein Opusculum, in welchem der Interessierte eine reiche Fülle anatomischer Varianten finden wird. Drei Untersuchungsreihen von bezw. 482, 500 und 1868 Individuen liegen den in minutiöseste Einzelheiten gehenden Beschreibungen zugrunde. Für ein kurzes Referat eignet sich die Arbeit nicht, sie muß im Original gelesen werden. **Hansson** (Cimbrishamn).

---

10) **B. Seelhorst.** Radikale Heilung von Narbenstrikturen der Urethra mittels der elektrolytischen Nadel.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 2.)

Den Chirurgen interessiert mehr der zweite Teil der vorliegenden Arbeit, in welchem Verf. berichtet, daß die guten Erfolge, welche er mit der elektrolytischen Nadel bei harten Narbenstrikturen der Harnröhre erzielte, ihm die Veranlassung gaben, mit dieser Methode auch die hypertrophische Prostata von der Harnröhre aus zur Verkleinerung oder Schrumpfung zu bringen. Gegenüber der von früheren Autoren ausgeführten Elektrolyse oder Elektropunktur der Prostata rühmt Verf. die Technik seiner Methode, die darin besteht, daß er den

größten Tubus des Oberlaender'schen Urethroskopes bis in die Blase einführt, den Tubus darauf zurückzieht, bis sich die Vorderfläche der Prostata einstellt und nun mit einem durch den After eingeführten Finger das Ende des Tubus tastet. Jetzt wird durch den Tubus die Nadel des negativen Pols 2—3—4 cm tief eingestochen und die große, gut angefeuchtete Platte des positiven Pols auf den Bauchdecken oder dem Oberschenkel angelegt. Hierauf leitet man einen galvanischen Strom von 4, 6 oder 8 Milliampère während 3—4 Minuten hindurch und wiederholt dies in einer Sitzung an verschiedenen Stellen. Vor dem Herausziehen der Nadel wird der Strom unterbrochen.

Grunert (Dresden).

---

11) **Pohlman.** A note on the developmental relations of the kidney and ureter in human embryos.

(Johns Hopkins hospital bull. 1905. Februar.)

12) Derselbe. Abnormalities in the form of the kidney and ureter dependent on the development of the renal bud.

(Ibid.)

13) **Hill.** On the first appearence of the renal artery, and the relative development of the kidneys and Wolffian bodies in pig embryos.

(Ibid.)

Drei Arbeiten von hohem wissenschaftlichem Interesse, zum Teil durch vorzügliche Abbildungen erläutert.

Auf sie näher hier einzugehen, ist nicht möglich, sie müssen im Original gelesen werden. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

14) **W. Hirt** (Breslau). Die Diagnose der Hämaturie.

(Wiener klin. Rundschau 1904. Nr. 31 u. 32.)

Verf. bringt in klarer, mit vielen eigenen praktischen Erfahrungen bereicherter Darstellung ein Bild der Hämaturie, das uns mit allen diagnostisch wichtigen Einzelheiten vertraut macht. Wenn auch wesentlich neue Gesichtspunkte nicht gegeben werden, so ist doch die Lektüre des Aufsatzes sehr lehrreich und empfehlenswert. Auf Grund neuerer Anschauungen und der immer weiter ausgestalteten diagnostischen Technik, besonders der Cystoskopie, tritt heutzutage doch manche ältere Methode in den Hintergrund und ist in ihrer Wertschätzung gesunken, während die Cystoskopie, und mit ihr besonders der Harnleiterkatheterismus eigentlich meist das entscheidende Wort spricht. Hübsch ist besonders H.'s Darstellung von der Cystoskopie während der Hämaturie mit Hilfe des Spülcystoskops.

Trotz sorgfältiger spezialistisch ausgebildeter diagnostischer Technik bleiben immer noch einige Fälle übrig, bei denen die Probefreilegung der Blasenschleimhaut bezw. der Niere erst endgültig zur Diagnose führen. **Schmieden** (Bonn).

---

15) **M. Zondek.** Zur Chirurgie der Ureteren.
Berlin, **August Hirschwald,** 1905.

Die Arbeit schließt sich an die Monographie desselben Verf.s »Über die Topographie der Niere und ihre Bedeutung für die Nierenchirurgie« an und behandelt die Chirurgie des Harnleiters in anatomischer, physiologischer und chirurgischer Hinsicht.

Man unterscheidet am menschlichen Harnleiter eine Pars abdominalis (vom Nierenbecken bis zur Kreuzungsstelle der Vasa iliaca) und eine Pars pelvina (bis zur Einmündung in die Blase). Beide Teile weisen physiologisch Erweiterungen und Verengerungen auf. Die näheren Ausführungen hierüber, vor allem auch die vergleichend anatomischen Auslassungen sind im Original nachzulesen.

Die Länge des Harnleiters schwankt nach den Untersuchungen des Verf. zwischen 21 und 23 cm. Seine außerordentliche Dehnbarkeit macht die Erklärung für das Entstehen der Wanderniere, nach welcher bei Vorfall des Uterus usw. durch den Harnleiter ein Zug an der Niere ausgeübt werde, im höchsten Grade unwahrscheinlich. Im übrigen ist die Länge des Harnleiters von der Lage der Niere abhängig. Angeboren verlagerte Nieren, welche sehr tief gelegen sind, haben im allgemeinen einen sehr kurzen Harnleiter. Virchow hat offenbar ausschließlich diese kongenital heterogenen Nieren als Wandernieren gelten lassen, da es sich nicht anders erklären läßt, wenn in den Sektionsberichten der Berliner Charité von 1859—1866 nur fünf und von 1870—1879 nur vier Fälle von Wanderniere registriert werden. Danach ließe sich nur durch eine — mit dem Harnleiterkatheter zu messende — beträchtliche Verkürzung des Harnleiters die exakte Diagnose auf Wanderniere der betreffenden Seite stellen.

Die normale Ureterlichtung wechselt zwischen $^1/_2$—$^3/_4$ cm und 2 mm. Die ampullenartigen Erweiterungen über den physiologisch engen Stellen sind die Lieblingsstellen für die Lagerung der Harnleitersteine. Die Unmöglichkeit des Harnleiterkatheterismus ist bisweilen nur durch die physiologischen Engen des Harnleiters bedingt, so daß man also aus dem nicht gelungenen Katheterismus nicht immer auf eine pathologische Veränderung schließen darf.

Der Harnleiter läßt sich bei Frauen leicht tasten, indem man bei bimanueller Untersuchung den tuschierenden Finger von der Portio an von oben medial nach unten und lateralwärts gleiten läßt. Hierbei wird nach Ansicht des Verf. ein charakteristischer Druckschmerz ausgelöst.

Für die Funktion des Harnleiters kommt nicht die absolute, sondern die relative Größe seiner Lichtung in Betracht. Pathologische Veränderungen, die seine Funktion hemmen, haben sekundäre Störungen in dem zentral gelegenen Teile des Harnleiters, dem Nierenbecken und der Niere zur Folge. Der allmähliche Eintritt der zur Stenosierung führenden Verengerung dürfte weniger gefährlich sein, als der plötzliche Verschluß des Harnleiters, wie auch die Exstirpation einer im Verlaufe längerer Zeit zur Destruktion gekommenen Niere weniger

zu befürchten gibt, als die Entfernung eines größtenteils normal funktionierenden Organes, wobei die erhöhte funktionelle Inanspruchnahme der restierenden Niere nicht allmählich, sondern plötzlich erfolgt.

Die Funktionsstörungen bei pathologisch verändertem Harnleiter sind abhängig von dem Grade seiner Verengerung, von ihrer Lokalisation und von ihrem zeitlich ersten Auftreten.

Die Topographie des Harnleiters ist von der Lage der Niere und derjenigen der Blase abhängig. Vergrößerung der Niere (Hydronephrose, Pyonephrose, Geschwülste) führt zu Lageabweichung des Harnleiters. Die Ausführungen über die Entstehung der Hydronephrose, die Funktion des Harnleiters bei Hydronephrose, Operation derselben usw. sind im Originale nachzulesen. Des weiteren werden Lageabweichungen des Harnleiters bedingt durch Geschwülste im Bauch und im kleinen Becken und bieten hier besonders häufig Gelegenheit zu Verletzungen des Harnleiters bei Operationen.

Duplizität des Nierenbeckens und Harnleiters wurde von Bostroem in 3%, von Poirier in 4% seiner Fälle gefunden. Diese Anomalie ist entwicklungsgeschichtlich so zu erklären, daß die physiologische Teilung des Harnleiters in den oberen und unteren Calyx major in einem zu frühen Stadium erfolgt ist. Sie hat praktisches chirurgisches Interesse. Ist nämlich der zu einem Harnleiter und Becken gehörige Nierenteil derart erkrankt, daß seine Exstirpation geboten ist, so fordert Verf. die Resektion nur dieses erkrankten Teiles und die Erhaltung des gesunden Teiles dieser Niere für den Organismus. Das Vorkommen einer Solitärniere mit doppeltem Harnleiter zeigt, daß der cystoskopische Nachweis zweier gesonderter Harnleiteröffnungen, auch wenn sich aus ihnen Harn entleert, noch keineswegs für das Vorhandensein zweier gesonderter Nieren beweisend ist.

Anomalien der Insertion des Harnleiters in die Blase oder auch in die Harnröhre bedingen entsprechende klinische Symptome.

Die sehr interessanten Ausführungen sind durch 17 Abbildungen im Text erläutert.

Grunert (Dresden).

---

16) **G. v. Illyés.** Über den therapeutischen Ureterkatheterismus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 33.)

An der Hand von sieben beweisenden Fällen aus der Budapester Klinik von Dollinger legt I. dar, daß mittels des Harnleiterkatheterismus, dessen Nutzen zunächst meist nur der Diagnostik zugute kommt, häufig auch sehr beachtenswerte therapeutische Leistungen zu erzielen sind. Es gelingt mit dem Harnleiterkatheter stagnierende eingedickte Sekretmassen aus dem Nierenbecken und den oberen Abschnitten des Harnleiters, die sonst nicht in die Blase abfließen können, bequem zu entleeren, auch Spülungen des Nierenbeckens vorzunehmen, wodurch bestehendes Fieber behoben, Allgemeinbefinden und Appetit gebessert, unter Umständen auch sonst wohl angezeigte Operationen

vermieden werden können. Man kann den Harnleiterkatheter unter Umständen dauernd liegen lassen und ihn auch nach Ausführung von Nephrotomien anwenden. Seine therapeutische Anwendung ist einfach und gefahrlos, und wenn auch mit ihr naturgemäß häufig nur palliativer Nutzen zu bringen ist, verdient sie doch einen öfteren Gebrauch, als bislang von ihr gemacht ist. Bezüglich Details der Krankengeschichten wird auf das Original verwiesen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

17) **P. Fiori.** Experimentelle Nierenpathologie. II. Ligatur des Ureters und seine Resultate.

(Clinica chirurgica 1904. Nr. 9 u. 10.)

Verf. hat 120 Experimente an Kaninchen, Hunden, Schafen und Meerschweinchen gemacht. Er studierte die Veränderungen der Niere nach Untersuchung des Harnleiters, und zwar insonderheit die Physiopathologie nach diesem Eingriff. Nach einer genauen Beschreibung seiner Beobachtungen zieht er folgende Schlüsse:

1) Die Hydronephrose kann sich leichter wiederholen in den Fällen von ungenügender Entwicklung des peripheren Kreislaufes der Niere, und sie kann fehlen, wenn der Kreislauf selbst sich sehr deutlich nach dem ersten Auftreten entwickelt.

2) In den Fällen, in welchen die Niere sich nicht vergrößert oder sogar kleiner wird nach der Ligatur, kann man nicht immer eine frühzeitige Atrophie des Organes annehmen, weil dasselbe wieder fähig werden kann, zu funktionieren, wenn der Ureter von neuem durchgängig gemacht ist.

3) Die Nierensekretion ist von Anfang an stark verändert, speziell in dem Sinne, daß die Harnstoffproduktion vermindert ist, ebenso wie die Extraktivstoffe, vor allem die Phosphate.

4) In den vorgeschrittenen Hydronephrosen kann man das Fortbestehen der glomerulären Funktion fast in den normalen Grenzen beobachten, während die epitheliale stark verändert und unterdrückt ist.

5) Die konservative Behandlung der Wahl bei den aseptischen Hydronephrosen ist aber bestreitbar, gerade wegen der Angaben, welche uns die Erforschung der Nierenfunktion in den alten Hydronephrosen bietet.

6) Der Gefrierpunkt der endorenalen Flüssigkeit nähert sich sehr dem des Blutserums und des defibrinierten Blutes.

7) Die Tiere mit Atresie des einen Ureters zeigen Erscheinungen von Niereninsuffizienz, welche sich vor allem in den ersten Zeitabschnitten charakterisiert. Diese Niereninsuffizienz zeigt sich besonders in starker Abmagerung der Tiere, die bei langsamem Verfall zum Tode führt.

Der Autor hat auch Untersuchungen über das Verhalten der vorgeschrittenen Hydronephrosen nach Unterbindung der Vene gemacht und hat gefunden, daß die Ligatur nicht stark die Zerstörung der parenchymatösen Elemente des Organes beschleunigt.

Langemak (Erfurt).



18) **Ali Krogius.** Über die mit dem Nierenbecken kommunizierenden pararenalen Cysten.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 1. [Deutsch.])

Veranlaßt durch einen vom Verf. in seiner Klinik beobachteten Fall obiger Art, dessen genaue Einzelheiten in der mitgeteilten Krankengeschichte ausführlich dargelegt sind, hat sich Verf. die mühsame, aber sehr dankbare Aufgabe gestellt, in der vorliegenden Arbeit das genannte, bisher wenig bekannte und vorher nicht besonders bearbeitete Kapitel der Nierenchirurgie eingehend darzustellen. Nur einige wenige sichere Fälle sind in der medizinischen Literatur zerstreut verzeichnet; Verf. hat sich keine Mühe verdrießen lassen, dieselben zusammenzutragen und kritisch zu beleuchten. — In besonderen Abteilungen behandelt er ausführlich die Ätiologie und Pathogenese, die pathologische Anatomie, den Krankheitsverlauf und die Symptome, die Diagnose und Behandlung dieser sehr seltenen Krankheitsform. (Nur 10 Fälle sind bekannt oder wenigstens so genau beschrieben, daß Verf. sie für seine Zusammenstellung verwerten kann.)

Es soll in diesem Referate nicht näher auf die einzelnen Fragen eingegangen werden. Verf.s Arbeit, die eine wertvolle Bereicherung unserer Kenntnisse der angeborenen Bildungsfehler darstellt, muß von dem für die betreffenden Fragen der Nierenchirurgie sich Interessierenden im Original gelesen werden. **Hansson** (Cimbrishamn).

---

19) **M. Donati.** Ricerche sperimentali sul valore del trattamento conservativo dell' idronefrosi.

(Giorn. delle R. accad. di med. di Torino 1904. Nr. 11 u. 12.)

D. erzeugte an Hunden und Kaninchen durch Unterbindung des Harnleiters künstliche Hydronephrosen. Es tritt danach im Parenchym der Niere eine Dilatation der Harnkanälchen, Atrophie der Glomeruli, Desquamation und Atrophie der Epithelien ein, bei längerem Bestand eine zunehmende Bindegewebsentwicklung. Die Veränderungen schreiten nicht allemal gleichmäßig schnell fort, auch finden sich normale Partien zwischen den kranken. Wenn man dann durch Anlegung einer Anastomose zwischen Harnleiter und Blase oder einer Harnleiterfistel die Stauung beseitigt, so sinkt der Hydronephrosensack zusammen, schrumpft, die Niere verkleinert sich und kann makroskopisch scheinbar sich erholen. Indessen tatsächlich sind die Veränderungen, welche in ihr Platz gegriffen haben, irreparabel. Dies zeigt sowohl die mikroskopische Untersuchung wie die mangelhafte molekulare Konzentration des von ihr abgeschiedenen Sekretes. Exstirpierte endlich D. nach einer gewissen Zeit die gesunde Niere, so starben die Tiere. Die vorher hydronephrotisch gewesene Niere vermag die plötzlich vermehrte Arbeit nicht mehr zu leisten. Mikroskopisch findet sich ein starker körniger und fettiger Zerfall der Epithelien.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

20) **Teutschländer.** Die Samenblasentuberkulose und ihre Beziehungen zur Tuberkulose der übrigen Urogenitalorgane.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. III. Hft. 3 u. 4.)

Diese Arbeit zeigt von neuem die auffallende Häufigkeit des Vorkommens von Samenblasentuberkulose bei bestehender Urogenitaltuberkulose. Verf. fand sie unter 57 Sektionen derartiger Fälle 31mal; das stimmt ungefähr mit dem Durchschnitt von 8 früheren Statistiken überein, 119 Samenblasenerkrankungen auf 232 Fälle von Urogenitaltuberkulose.

In 91% der Fälle von reiner Genitaltuberkulose waren auch die Samenblasen erkrankt. Nur einmal war die Diagnose schon am Lebenden gestellt worden, in allen anderen Fällen war dieser Befund Autopsieüberraschung.

Das Leiden hat große Neigung zur Spontanheilung; frühzeitig kommt es zu starker Bindegewebsentwicklung um die Samenbläschen herum, die tuberkulösen Massen werden entweder auf natürlichem Wege entleert oder verkalken, die Samenbläschen können zu kleinen knorpelharten Knötchen zusammenschrumpfen. Selten kommt es zum Durchbruch der Kapsel und zur Fistelbildung.

Andere Organe waren unter den 57 Fällen 46mal erkrankt, und zwar 41mal die Lungen, 21mal der Darm, 11mal Knochen und Gelenke, 10mal die Lymphdrüsen.

Von den Harn- und Geschlechtsorganen waren 44mal die Nieren, 35mal die Harnblase, 31mal die Samenblasen, 26mal die Prostata, 24mal Hoden und Nebenhoden erkrankt.

Von den Infektionswegen der Samenblasentuberkulose kommen die »äußeren«, nämlich Katheterismus, Koitus und Beschneidung in praxi wohl kaum in Betracht. Auch die rein hämatogene Entstehung dürfte selten sein; ebenso ist der Infektionsmodus durch Bazillen, die an Ort und Stelle »autochthon« ausgeschieden worden sind, ein umstrittener. Im wesentlichen wird die Erkrankung durch Infektion von einem anderen bereits erkrankten Organ aus erfolgen. Einmal können die Bazillen vom tuberkulösen Hoden herkommen, oder, was in der Tat wohl ebenfalls oft der Fall sein wird, die von der Niere oder sonst irgendwo in den Harnwegen in den Harnstrom abgeschiedenen Bazillen bleiben in der Urethra prostatica, wo ihnen dazu gute Gelegenheit sich bietet, hängen, es kommt hier zur Erkrankung und zur Infektion des Ductus ejaculatorii und der Samenblasen. Auch der Lymphweg kann beschritten werden. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

21) **F. Lauschmann.** Zur Therapie der Hydrokele.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 134.)

Der Autor empfiehlt folgende Operationsmethode, die sich ihm am besten bewährt hat: Man inzidiert unter Schleich'scher Infiltration den Sack möglichst breit, bis die ganze Innenfläche zugänglich

ist, trocknet diese mit Gaze ab und wischt sie in ihrer ganzen Ausdehnung mittels eines Pinsels sorgfältig mit Jodtinktur, der etwas Alkohol (im Verhältnis 3:1) und Kokain (1%) zugesetzt ist, aus. Die Wunde wird durch Naht geschlossen und dabei die Wand der Tunica mitgefaßt. Der Krankheitsverlauf ist ein schmerzloser. Bei keinem der bisher operierten Fälle trat Rezidiv ein. Wohl kann sich nach der Operation ein wenig freier Flüssigkeit ansammeln, dieselbe verschwindet aber ohne Eingriff. **G. Mühlstein** (Prag).

Kleinere Mitteilungen.

22) Transactions of the american surgical association Bd. XXII. 1904.

Monks. What are the minimum requirements for aseptic surgical operations?

Die Maßregeln, die M. empfiehlt, sind die allgemein bei uns üblichen. Gummihandschuhe bei der Operation hält er für unbedingt nötig.

Ochsner behandelt dasselbe Thema mit ungefähr gleichem Ergebnis. Er betont vor allen Dingen, daß unter gleichbleibenden Verhältnissen pedantisch genau die gleichen Maßregeln getroffen werden sollen.

Harrington berichtet ebenfalls über verschiedene Verfahren der Asepsis. Experimentell hat er nachgewiesen, daß selbst konzentrierte Lösungen von Kali hypermanganicum nur die am wenigsten widerstandsfähigen Bakterien vernichten, wenigstens bei der Anwendung zur Händedesinfektion. Auch andere gebräuchliche Lösungen für Händedesinfektion hat er geprüft und unter ihnen als wirksamste befunden eine Mischung, die 60% Alcohol. absol., 6% Salzsäure und 0,8% Sublimat enthielt.

Graham and Mayo. A clinical review of forty six operated cases of duodenal ulcer.

Die Berichterstatter verfügen mit 46 wohl über die größte Zahl selbst beobachteter Fälle. Ihre Ausführungen über die Diagnose bringen Bekanntes; großen Wert legen sie auf die durch Gasansammlung bedingten Beschwerden; Hyperazidität, Dilatation des Magens, waren sehr häufig. Von Gallensteinkolik unterscheiden sich die Anfälle durch geringere Ausbreitung der Schmerzen. Der Verlauf war bei vielen sehr chronisch, bis zu 21 Jahren bestanden Beschwerden. Redner unterscheiden fünf Gruppen: 1) 4 Fälle mit sehr chronischem Verlaufe, meist als Gallensteine behandelt. 2) 1 Fall mit häufigen kleineren Blutungen. Aus dem Mißverhältnis der starken Blutung, welche zur Operation führte, zu den geringen Magenbeschwerden wurde die richtige Diagnose gestellt. 3) 25 Fälle, 9 davon wiesen getrennte Geschwüre im Magen und Duodenum auf, bei 15 setzte sich das Geschwür auf den Pylorus fort. 4) 8 Fälle mit chronischer Perforation, meistens als Gallenstein gedeutet; bei einem davon waren sie auch außer dem Geschwüre vorhanden. 5) 8 reine Duodenalgeschwüre. Bei 6 bestand motorische Insuffizienz des Magens mit Hyperazidität und Gasauftreibung, welche anfallsweise auftraten.

In chirurgischer Beziehung ist hauptsächlich wichtig die Blutung und die Perforation, welche akut oder chronisch, mit starker Beteiligung der Nachbarschaft sein kann. Bei einigen der chronisch verlaufenden Fälle fanden sich sehr ausgedehnte Peritonealverwachsungen (8 Fälle). Da das Duodenalgeschwür nach den Beobachtungen der Berichterstatter häufiger ist als bisher angenommen, machen sie bei allen zweifelhaften Fällen, bei denen die Diagnose zwischen Gallensteinen, Magen- und Duodenalgeschwür schwankt, einen Längsschnitt durch den rechten Rectus, dem nach Bedarf Querschnitte angefügt werden; stets tasten sie auch bei Gallensteinoperationen das Duodenum nach Möglichkeit ab. Operationen: 1. Gruppe:



4 akute Perforationen, 2 Todesfälle. Bei allen 4 waren es chronische Geschwüre, 3 davon mit Verwachsungen; nur bei einem ein frischer Durchbruch. Bei 2 gelang die Naht leicht. Tod bei einem durch Pneumonie, der andere starb durch Inanition nach Fistelbildung. 2. Gruppe: Blutung, eine Operation und Tod. Chronische Blutung mit wochenlang teerfarbigen Stühlen, welche schwere Anämie bewirkte. Tod an Pneumonie. 3. Gruppe: 25 Fälle von Duodenal- mit gleichzeitigem Magengeschwür. Gastroenterostomie. Der einzige Todesfall wurde durch Abklemmung des Jejunums durch das lang herabhängende, schlaffe Querkolon hervorgerufen. 4. Gruppe: Duodenalgeschwür mit Gallenblasen- und Leberkomplikationen. 8 Fälle mit 5 Gastroenterostomien mit gutem Erfolge, die übrigen plastisch operiert, darunter eine Vereinigung der beiden Duodenumschenkel unter sich, da das durchgebrochene Geschwür mit der Leber verwachsen und das Duodenum spitzwinklig geknickt war. Kein Todesfall. 5. Gruppe: 8 Fälle, kein Todesfall. Bei allen alte Verwachsungen. Gastroenterostomie bei allen mit gutem Erfolge. Die hintere Gastroenterostomie halten Verff. für das beste Verfahren, jedoch sind die Dauererfolge noch abzuwarten.

Diskussion: Andrews (Chicago) hatte 1 Jahr nach Operation eines Duodenalgeschwürs, das als Krebs imponierte, Gelegenheit, bei einer zweiten Operation den Befund zu erheben, daß Verdickung und Verwachsungen geschwunden waren, ebenso Drüsenschwellung.

Johnston. Complete removal of the shaft of the tibia for osteomyelitis, with restoration of bone.

An Röntgenbildern wird die völlige Neubildung der Tibia gezeigt. Operationsverfahren und Nachbehandlung ohne Besonderheit.

Bell. A case of acute pancreatitis associated with gallstones.

43jähriger Arzt, war schon längere Zeit von Magenbeschwerden verschiedenster Art geplagt, bei Hospitalaufnahme ileusartiger Zustand, zugleich mit Sepsis ähnlichen Erscheinungen. Die Darmverlegung hörte auf, der septische Zustand verschlimmerte sich, wegen heftiger Schmerzen über der Nabelgegend, welche Pankreatitis vermuten ließ. Probeschnitt in der Mittellinie. Das Pankreas war geschwollen, Fettnekrosen fanden sich im subperitonealen Fett. Heilung. Später erneute Schmerzanfälle, die auf Gallensteine hinwiesen. Neue Laparotomie zeigte völlige Heilung von Pankreatitis; einen Gallenstein aus der Gallenblase, einen aus der Ampulle entfernt. Völlige Heilung.

Harrington and Gould. A clinical and experimental study upon the use of the segmented ring in gastric and intestinal anastomosis.

Der Ring besteht aus Aluminium, ist aus vier Einzelsegmenten, die an den schmalen Seitenrändern gut ineinander greifen, zusammengesetzt; er hat eine nach der Lichtung zu konvex eingebogene Oberfläche, die somit eine ringsumlaufende Rille bildet. Ein Halter, bestehend aus dünnem Stahl, ist durch ein Loch eines Segmentes von außen durchgesteckt und von der Innenseite her in das gegenüberliegende eingeschraubt. Bei Benutzung wird erst an den Stellen, welche vereinigt werden sollen, vor Eröffnung Tabaksbeutelnaht angelegt, nach der Durchtrennung bezw. Resektion der Ring mit einer Hülse eingeführt und am Halter festgehalten. Die schon vorher gelegte Naht wird zugezogen, dann mit dem anderen Teil ebenso verfahren. Der Handgriff dient dann zum Präsentieren bei der nun erfolgenden fortlaufenden Lembertnaht. Der Stiel ist so dünn, daß nach dem Herausschrauben die Stelle, wo er durch die Naht geht, sich von selbst aneinanderlegt. Nach Resorption der Catgutschnürnaht und Schwinden der eingestülpten Darmränder zerfällt der Ring in seine Teile und geht unschädlich ab. Versuche an Hunden mit genauer mikroskopischer Untersuchung der Nahtstelle sind angeführt. 9mal Anwendung am Menschen.

Diskussion: Ochsner (Chicago) empfiehlt zur Anastomosenbildung die Einlegung eines elastischen Gummifadens nach McGraw.

Brophy. The treatment of congenital cleft palate.

B. empfiehlt, an Stelle der Gaumenlösung die Kiefer zusammenzudrängen und durch Drahtnaht (Plattennaht) zu befestigen vor Anfrischung der Spaltränder. Bei

gleichzeitiger Hasenscharte soll diese erst nach der Gaumennaht korrigiert werden. Die Operation soll sehr frühzeitig, solange die Knochen noch ganz weich sind, vorgenommen werden.

Diskussion: Mears (Philadelphia) führt Gaumenspaltbildung auf Mangel an knochenbildender Substanz bei der Mutter in den Monaten zurück, während deren sich diese Teile zusammenschließen. Er erwähnte Erfahrungen im zoologischen Garten mit Löwen, bei denen es gelang, durch entsprechendes Futter der Mutter die vorher bei jedem Wurf vorhandenen Lücken derart zu beseitigen.

Mears. The evolution of surgery.

Vortrag geschichtlichen Inhaltes.

Dunn. Gastrostomy in oesophageal stricture.

Bei Speiseröhrenstrikturen, die von oben unpassierbar sind, legt D. erst eine Kader'sche Magenfistel an, stellt durch Nahrungszufuhr durch die Fistel den Ösophagus ruhig und verbessert den Allgemeinzustand. Selbst bei sehr enger Striktur geht nach etwa 8 Tagen ein dicker Zwirnsfaden, mit Wasser geschluckt, durch die Striktur, es kann an ihm eine Schlinge einer Angelschnur durchgeführt werden, nachdem der Zwirnsfaden mit stumpfem Haken durch die Fistel vorgeholt ist. An einen Teil der nun vorgezogenen Angelschnurschlinge kommen konische Sonden, der andere Teil sägt bei Auf- und Abbewegen die jeweils engste Stelle der Striktur, gegen die er von der Sonde gepreßt wird, ein. So gelingt es, oft schon in einer Sitzung, erhebliche Erweiterung zu erzielen. (Verfahren von Dunham.) Die guten Erfolge gehen aus drei ausführlichen Krankengeschichten hervor.

Diskussion: Abbe (Neuyork). Ein vor 12 Jahren von ihm ähnlich behandelter Fall ist völlig rückfallfrei geblieben.

Bunts (Cleveland) geht mit Bougies filiformes ohne Gastrostomie vor, ähnlich wie bei Erweiterung von Harnröhrenverengerungen.

Powers. A contribution to the surgery of nerves. The bridging of nerve defects.

Nach eigenen Erfahrungen, wie aus der Literatur konnte P. feststellen, daß Überbrückung eines Nervendefektes mit dem Nervenstück eines Tieres (Hund) nicht zur Wiedervereinigung führt, so daß die Funktion wieder in vollem Umfang auftritt. In einzelnen Fällen trat wieder Sensibilität ganz oder teilweise in vorher gefühllosen Bezirken auf; dies dürfte aber nur durch Anastomosenbildung seine Erklärung finden. In vielen Fällen wirksam war dagegen Lappen- und hauptsächlich Anastomosenbildung.

Diskussion: Willard (Philadelphia). Um die Nervenbrücke vom fremden Tiere wirksam zu gestalten, muß der Nerv vom jungen Tier entnommen werden. Der Nerv ist aber nur gewissermaßen ein Leitungsrohr für die neu sich bildenden Fasern.

Rieford. Final results in secondary sutures of nerves.

1) Naht des N. ulnaris auf dem Handrücken 10 Wochen nach Schnittverletzung. Wiederkehr des größten Teiles der Funktion.

2) Naht des rechten N. radialis am Oberarme nach schwerer Quetschung, 8 Wochen nach Verletzung. Naht nur möglich durch Verkürzung des Humerus. Erst nach 6 Monaten erste Anzeichen der Wiederkehr der Funktion. 4 Jahre später volle Beweglichkeit von Unterarm und Hand in allen vom Radialis versorgten Teilen.

3) Naht des Facialis 1 cm nach seinem Austritt aus dem Knochen. Da die Vereinigung Schwierigkeiten machte, Aufmeißelung des Knochenkanals und Entfernung der Seitenwand, so daß sich der Nerv herausheben ließ. Die ersten Zuckungen ließen sich nach 6 Wochen durch Faradisieren erzielen. Völlige Herstellung der Symmetrie des Gesichtes und unabhängige Beweglichkeit aller vom Facialis versorgten Muskeln der betreffenden Gesichtshälfte. Alle Operierte standen im jugendlichen Alter.

Freeman. Operations for primary carcinoma of the liver.

Allgemeine Übersicht über die Operationsmethoden, namentlich über die Verfahren zur Blutstillung. F. selbst hat bei einem 27jährigen Mann eine über faustgroße Geschwulst (Karzinom) entfernt, die völlig ungestielt im linken Leberlappen saß. Vor dem Einschnitte wurde das Operationsgebiet mit schmalen, zusammengefalteten Mullstreifen, die mit stumpfer Zange durch das Gewebe geführt wurden, abgeschnürt. Die Blutung war gering. 16 Monate nach Operation rezidivfrei.

Diskussion: Keen (Philadelphia) empfiehlt zur unblutigen Operation am meisten den Thermokauter. Geht man langsam mit demselben vor, so kann man die größeren Gefäße rechtzeitig abbinden.

McArthur (Chicago) empfiehlt die Tamponade der Leberwunde mittels eines Mikulicz'schen Sackes.

Mayo. Thyreoidectomy for exophthalmic goitre, based upon 210 operated cases.

Nur solche Kranke, welche genügend kräftigen und regelmäßigen Puls haben, werden operiert. Trifft dies nicht zu, so werden sie zunächst einer Behandlung mit Belladonna unterzogen, die oft nach wenigen Tagen die erwünschten Bedingungen herbeiführt. Auch Röntgenbestrahlung des Kropfes hatte recht gute Erfolge aufzuweisen. Das Operationsverfahren wird genau beschrieben.

Eine lebhafte Diskussion hauptsächlich über die Operationstechnik.

Jonas. Splenomegaly, accessory spleens and splenectomy.

J. entfernte eine mächtig vergrößerte Milz — Gewicht unmittelbar nach Entfernung $7^3/_4$ Pfund — und gleichzeitig vier bis fünf Nebenmilzen, die bis hühnereigroß waren und jede an besonderem Gefäßbündel saßen, welches von den Hauptgefäßen der Milz ausging. Die Operation war nach der Beschreibung leicht, da es sich um keine Malaria- oder leukämische, sondern anscheinend um eine einfach hypertrophische, sonst gesunde Milz handelte. Genauer Blutbefund vor und nach der Operation, sowie mikroskopischer Befund von Milz und Nebenmilzen ist mitgeteilt. Dauerheilung.

Mixter. Resection of upper jaws for osteochondromyxosarcoma with osteoplastic formation of new hard palate.

Die Erkrankung hatte 22 Jahre vor der Operation mit geringer Schwellung unter dem linken Auge begonnen und eine furchtbare Entstellung des Gesichtes herbeigeführt (Bilder). M. entfernte die ganze Geschwulst mit Messer und Zange unter Fortnahme aller Teile zwischen Zunge und Schädelbasis, außer der rechten Nasenhälfte, dem weichen Gaumen und den Augen. Vor der Operation wurde die Tracheotomie und Unterbindung der linken Carotis externa ausgeführt. Die große, noch stark blutende Wundhöhle wurde tamponiert. Trotz schweren Kollapses nach der nicht ganz 10 Minuten dauernden Operation kam der Kranke durch. Später wurde aus geringen Resten der Vorderwand, der Kieferhöhle und weichem Gaumen ein neuer Gaumen gebildet, der deutliche Sprache und Schlucken festerer Speisen ermöglichte. Bedeutende Erholung trat bald ein, und die Entstellung des Gesichtes wurde, teilweise durch eine Binde verdeckt, so gering, daß Pat. sich jetzt seinen Lebensunterhalt verdienen kann.

Diskussion: Keen (Philadelphia). Rezidive nach Oberkiefersarkomen werden seiner Erfahrung nach meist bedingt durch Hineinwachsen einer Geschwulstzunge in die Stirnhöhle von der Nase aus. Er meißelt daher stets diese Höhle auf.

Hearn (Philadelphia) unterbindet stets die Carotis externa vor der Oberkieferresektion und entfernt gleichzeitig die anliegenden Drüsen.

Matas (New-Orleans). Die Carotis externa ist hoch genug über der Teilungsstelle zu unterbinden, um spätere Thrombosen und folgende Hirnembolien zu vermeiden. Er hat zwei Fälle durch solche verloren.

Weeks. Gallstones in the common bile duct.

Nach Besprechung der bekannten Operationsmethoden Mitteilung eines Falles, der mit Choledochotomie und sofortiger Naht der Wunde operiert und geheilt wurde.

Diskussion: Richardson (Boston) weist auf die Gefahr bei unmittelbarer Naht hin und auf die Vorteile der Zerkleinerung des Steines im Ductus choledochus und seiner Weiterbeförderung zum Duodenum.

McGraw. A new operation for intestinal stenosis with especial reference to colonic cancer.

Vor der Operation soll versucht werden, den Sitz der Stenose so genau wie möglich zu lokalisieren. Nach dem Bauchschnitte wird der Darm aus Verwachsungen befreit werden, das Mesenterium wieder genäht. Darauf werden zu- und abführender Schenkel, weit genug von der Geschwulst entfernt, unter Anwendung der elastischen Ligatur zur Anastomosenbildung vereinigt. Die erkrankte Partie wird soweit wie möglich vorgezogen, so daß die Wundränder der Bauchwunde nur gesunden Teilen anliegen, die Bauchwunde wird sorgfältig genäht. Der abführende Schenkel wird unmittelbar unterhalb der Geschwulst abgebunden, dann der Darm distal von der Ligatur durchschnitten, eingestülpt, genäht und in die Bauchwunde versenkt. In das obere, erweiterte Ende wird nach event. Ergänzung der Bauchnaht bis an den Darm und sorgfältiger Verklebung der ersteren mit Kollodiumgaze ein weiter (Ovarialkystom-) Trokar eingestoßen, der Inhalt durch Drainrohr entleert und Dauerdrainage eingerichtet. Diese funktioniert so lange, bis die zwischen die Darmwände gelegte Gumminaht an der Anastomosenstelle durchgeschnitten ist und der Darminhalt durch diese neugebildete Öffnung geht, worauf auch der zuführende Schenkel genäht und versenkt wird. So wird sowohl die Infektion der Bauchhöhle, als eine zweite eingreifende Operation vermieden.

Carson. Excision of the clavicle.

Geschichtlicher Überblick und Anführung einer eigenen Operation wegen Sarkom des Sternalendes bei einem jungen Mädchen, welches später an Metastasen starb.

Abbe. The subtle power of radium.

Erfahrungen über Wirkung des Radiums auf gesunde und pathologische Gewebe aller Art, die mit denen anderer Autoren übereinstimmen.

Ferguson. A case of nephritis treated by decapsulation and nephrotomy.

58jähriger Mann mit vorgeschrittener chronischer Nephritis, Hydropsien, Ascites. Linke Niere stärker erkrankt (Harnleiterkatheterismus). Letztere wurde von einem hinteren Schnitt aus enthülst, gespalten bis ins Becken und vom oberen Pol aus drainiert, Drainage wurde vom 12. Tage ab fortgelassen, und die Wunde schloß sich. Unmittelbar nach der Operation bedeutende subjektive Besserung, die Urinmenge vermehrte sich allmählich bedeutend, Eiweiß und Zylinder verschwanden, die Herztätigkeit wurde innerhalb einer Woche normal. Endresultat vorzüglich. Genaue Urintabellen.

Richardson. On certain rare and unavoidable calamities following surgical operations.

Besprechung unerwarteter Unglücksfälle nach Operationen, z. B. Urinverhaltung, Lungenembolien, Phlebitiden nach Unterleibsoperationen, Nachblutungen, die ganz unerwartet auftreten u. dgl.

Matas. An interdental adjustable metallic splint for the treatment of fracture of the lower jaw.

Die Einrichtung besteht aus einer der Zahnreihe angepaßten Rinne aus Blockzinn, die auswechselbar und leicht durch Biegen dem einzelnen anpaßbar ist. Sie sitzt an einem Metallarme, der etwa 10 cm vor der Mitte der Zahnreihe ein Gelenk hat, welches ihn mit dem unteren Arm verbindet, der zur Anpassung verschieblich an einer Kinnplatte aus Aluminium befestigt ist. Die Arme können durch eine am oberen Arme befestigte, durch den unteren durchgesteckte Schraube kräftig gegeneinander gepreßt werden. Die Kinnplatte wird mit irgend einem erhärtenden Verband befestigt, die Zinnschiene durch Biegen und Ausfüllen mit Modellierwachs passend gemacht, nach Adaption der Bruchenden fest auf die Zahnreihe gedrückt und dann die Schraube fest angezogen. Der Hauptvorteil ist, daß

der Unterkiefer als Ganzes ohne Verschiebung der Bruchenden beweglich ist. Drei Fälle ausführlich mitgeteilt.

Murphy. Ankylosis. Arthroplasty clinical and experimental.

Entwicklungsgeschichtliche, anatomische und experimentelle Studien führten M. zu dem Verfahren, Weichteile zwischen die voneinander gelösten Gelenkenden einzupflanzen. Eingehende Vorschriften über die Ausführung der Operation an verschiedenen größeren Gelenken und Mitteilung von elf nach seinem Verfahren operierten und geheilten Fällen.

Cabot. New aids to the surgical diagnosis of diseases of the kidneys and their value.

Urinuntersuchung, Funktionsprüfung der Niere mit Farbsubstanzen und Phloridzin, Kryoskopie, Cystoskopie und Harnleiterkatheterismus, intravesikale Trennung der beiden Urinportionen, Explorativoperation werden besprochen und in ihren Leistungen und Gefahren gewürdigt.

Richardson. A case of splenectomy for myelogenous leukaemia.

Entfernung einer leicht beweglichen, etwa $5^1/_2$ Pfund schweren Milz. Blutbefund und Allgemeinbefinden besserten sich zunächst. 2 Jahre später Tod unter den gewöhnlich die letzten Stadien der Leukämie begleitenden Erscheinungen. R. nimmt an, daß die erste Besserung nur scheinbar durch die Operation hervorgerufen, diese aber in Wahrheit ohne jeden Einfluß auf die Krankheit gewesen sei.

Trapp (Bückeburg).

---

23) **O. Schott.** Über eine neue Ultraviolett-Quecksilberlampe. Uviollampe.

(Mitteilung a. d. Glaswerk Schott u. Gen., Jena.)

Diese Lampe stellt eine »außerordentlich vorteilhafte Einrichtung dar, um elektrische Energie in nutzbare Strahlungsenergie von kleiner Wellenlänge umzusetzen«. Es kommt zu der bisher nutzbaren Strahlung auch noch der ultraviolette Teil hinzu, da es in den S.'schen Glaswerken Herrn Dr. E. Zschimmer gelungen ist, »im Ultraviolett durchlässige Gläser« darzustellen. Somit ist die Möglichkeit gegeben, »diese Lichtentwicklung aus der »uviol« absorbierenden Umhüllung in eine durchlässigere zu verlegen und von den im Innern der Glasröhre zur Entstehung kommenden kurzen Wellen den bei weitem größten Teil heraustreten zu lassen«. Das Nähere muß im Original eingesehen werden.

Das von der Uviollampe gelieferte Licht findet Anwendung in der Bestrahlungsbehandlung von Hautkrankheiten (Lupus, Ekzem usw.), und sind auffallend rasche Heilungen veralteter Fälle ohne intensive Reizwirkung beobachtet.

Über die bakterientötende Wirkung arbeitet zurzeit Prof. A. Gärtner, dessen Publikationen bald folgen werden.

Der besondere Vorteil gegenüber der Finsenlampe besteht in der großen Ausdehnung der Strahlung, die größere Flächenstärke (bis zu 1400 qcm) gleichzeitig mit hoher Intensität zu bestrahlen ermöglicht.

Ein zweckmäßiges Stativ mit Vorschalter und Wasser erleichtert die Handhabung der 20—130 cm langen, 8—30 mm dicken Röhren. **Grosse** (Kassel).

24) **Dionis du Séjour.** Sur la durée de l'immunité donnée par une injection de sérum antitétanique. Tétanos à forme dysphagique.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 51.)

Am 22. März 1904 zog sich ein 64jähriger Mann einen schweren, komplizierten Knöchelbruch zu. Sofortige energische Desinfektion, die am nächsten Tage wiederholt wurde, ergänzt durch Injektion von 10 ccm Antitetanusserum. Am 24. März wurde eine tibio-tarsale Resektion gemacht mit ausgiebiger Desinfektion, Entfernung aller Knorpelreste, doppelseitiger Drainage. Beim ersten Verband nach 5 Tagen Eiterung; nekrotisches Gewebe mußte entfernt werden. Trotz aller Bemühungen dehnte sich die Gangrän aus und ergriff auch die Sehnen. Am 14. April früh

klagte Pat., daß er nicht schlucken könne; Trismus war nicht vorhanden. Bis zum folgenden Morgen entwickelte sich ein schwerer Tetanus, dem Pat. am Nachmittag erlag.

Verf. schließt aus dem Falle 1) daß die durch Injektion von 10 ccm Serum verliehene Immunität nicht länger als ca. 2 Wochen dauert, 2) daß die ausgiebigste Reinigung einer Wunde gegen Tetanus nicht schützt.

V. E. Mertens (Breslau).

25) **Maylard.** Case of extravasation of urine as result of an impacted urethral calculus.

(Glasgow med. journ. 1905. April.)

Ein 4jähriger Knabe spürte beim Urinieren plötzlich heftige Schmerzen, er konnte 3 Tage lang nicht Harn lassen; in dieser Zeit bildete sich eine starke Urininfiltration aus. Durch breite Inzisionen kam es zur Ausheilung; zugleich fand sich dicht hinter dem Orificium externum der Glans penis ein 12 : 8 mm großer Stein.

Es dürfte die Annahme am meisten für sich haben, daß der Stein zuerst in der Dammgegend in einer Ausbuchtung der Harnröhre lag und dort ein Dekubitalgeschwür erzeugte, daß er dann, vom Harnstrom fortgeführt, die Harnröhrenöffnung verschloß und zur Perforation des Geschwürs in die Tiefe der Dammweichteile hinein durch den Druck des Harns die Veranlassung gab.

W. v. Brunn (Rostock).

26) **C. Renton.** Two enlarged prostates removed by the suprapubic operation.

(Glasgow med. journ. 1905. April.)

Bericht über zwei erfolgreich operierte Pat. mit Prostatahypertrophie; der eine war 76, der andere 60 Jahre alt; der erstere war schon seit 2 Jahren stets katheterisiert worden, der zweite kam im Stadium absoluter Harnretention. Wenn man die Cystitis schnell beseitigen kann, schließt sich die Blasenwunde schon nach 17—21 Tagen. **W. v. Brunn** (Rostock).

27) **Dupouy.** Rupture spontanée intra-péritonéale de la vessie chez un aliéné. État de choc. Mort en six heures.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 47.)

Es fiel auf, daß der 35jährige Geisteskranke zwar spontan, aber sehr mühsam urinierte. Die Ursache fand sich in einer sehr engen Striktur der Harnröhre im Bereiche der Fossa navicularis.

Eines Nachmittags suchte Pat., der sich ohnehin in einem Zustande lebhafter Agitation befand, das Kloset auf ohne Erfolg. Seine Unruhe wuchs durch diesen Mißerfolg und ließ auch nicht nach, als er zu Bett gebracht war. Plötzlich wurde er blaß und glitt aus dem Bett auf den Fußboden. Er blieb von da ab bewußtlos. Anfangs erbrach er sein Frühstück. Keine Konvulsionen. Nach 4 Stunden alle Zeichen der Peritonitis. Inzwischen hatte er auch zweimal blutigen Urin unter sich gelassen. Tod nach 2 weiteren Stunden.

In der Hinterwand der Blase fand sich vom Vertex abwärts ein 5 cm langer, klaffender Riß. Die histologische Untersuchung ergab Hypertrophie der Muskulatur der Blase, aber keine Zeichen von Degeneration.

V. E. Mertens (Breslau).

28) **G. A. Wagner.** Zur Therapie der Blasendivertikel nebst Bemerkungen über Komplikationen derselben.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

W. veröffentlicht zwei Fälle von Blasendivertikeln, welche operativ behandelt wurden. In dem ersten Falle handelt es sich um ein Divertikel, welches wohl nach

der von Englisch am häufigsten für Blasendivertikel angenommenen Ursache, nämlich nach Ausstülpung kongenital schwächer angelegter Stellen infolge Harnstauung entstanden ist. Auch für den zweiten Fall ist wohl eine analoge Ursache wenigstens nach dem mikroskopischen Befunde des Präparates anzunehmen, wenn auch eine Prostatahypertrophie oder eine sonstige klinische Ursache für Harnstauung nicht gefunden ward. Die Symptome der Divertikel waren beidemal geringgradig. Im zweiten Falle bestand dagegen das gerade für Divertikel charakteristische Zeichen, daß nach Entleerung des Blasenharnes einige Sekunden Harnträufeln und dann nochmalige Entleerung einer größeren Urinmenge stattfand.

Zur Operation von Divertikeln können verschiedene Wege eingeschlagen werden. Für die hinteren und seitlichen kommt vor allem die sakrale Methode in Betracht, während die mehr nach vorn gelegenen seitlichen und am Scheitel der Blase befindlichen durch verschiedene Typen des Bauchschnittes zu erreichen sind. In den Fällen des Verf.s konnte, da keine Entzündung der Divertikel bestand, ohne Gefahr für das Bauchfell die Laparotomie zur Exstirpation derselben gewählt werden. In dem einen Falle wurde das Divertikel abgetragen und die Öffnung durch intramuköse Catgutnähte, sowie durch Seidenknopfnähte der Muscularis geschlossen. Bei dem zweiten Pat. wurde das kleine Divertikel eingestülpt und die Kommunikationsöffnung hinter dem Sack durch Knopfnähte linear verschlossen. Von diesem eingestülpten Divertikel fand sich $1/4$ Jahr nach der Operation bei der Autopsie nichts mehr.

Anhangsweise sind noch 5 Fälle von Blasendivertikeln aus der Prosektur des Rudolfspitales in Wien angeführt. Sie stellen charakteristische Beispiele für die oft beobachteten schweren Folgeerscheinungen dar, die durch Blasendivertikel hervorgerufen werden können. Die Todesursache war in allen Fällen eine schwere Erkrankung der Nieren, eine eitrige Pyelonephritis oder Pyonephrose. Einerseits können die Ursachen, welche die Divertikelbildung durch Harnstauung, z. B. durch Prostatahypertrophie hervorrufen, auch die Nierenerweiterung und -Eiterung veranlassen, andererseits ist oft der Druck der Divertikel auf den Harnleiter die Ätiologie einer Pyonephrose. Jedenfalls zeigen diese Komplikationen, daß die Blasendivertikel eine schwere Gefahr für ihren Träger bilden, und daß sie infolgedessen so rasch wie möglich operiert werden sollen, wenn sie diagnostiziert sind.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

29) **M. Nitze.** Der Harnleiterokklusivkatheter.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 3.)

Die Unzuverlässigkeit sowohl, als ganz besonders die Gefährlichkeit der Methoden zur getrennten Gewinnung des beiderseitigen Urins haben den Verf. bewogen, ein Instrument zu konstruieren, welches nach des Verf.s Angaben absolut zuverlässig einerseits und ebenso gefahrlos für die nicht erkrankte Niere andererseits ist. Dem bisher geübten Harnleiterkatheterismus haftet der Übelstand an, daß er häufiger als gemeinhin bekannt wird, die gesunde Niere infiziert. Dies zu vermeiden, wurden die sog. Separateure konstruiert, welche aber ihrerseits, so exakt auch zweifellos vereinzelt ihre Ergebnisse sind, eine unbedingte Sicherheit keinesfalls gewährleisten. Das Resultat dieser kritischen Erwägungen stellt die Forderung auf, daß der Harnleiterkatheterismus nur nach der als krank angenommenen Niere hin vorgenommen werden darf, und daß als Sekret der anderen Niere die hierbei mittels Blasenkatheter gewonnene Flüssigkeit angenommen werden muß. Aber auch diese Methode liefert insofern ein ungenaues Resultat, als der neben dem Harnleiterkatheter her in die Blase laufende Urin sich mit dem dort aus der anderen Niere einlaufenden Harn mischt. Verf. hat aus diesem Grund einen Harnleiterokklussivkatheter konstruiert, welcher aus einem gewöhnlichen elastischen Harnleiterkatheter besteht, auf dessen vorderes Ende ein dünnwandiger Gummiballon aufgeschoben ist. Nach Einführen des Katheters in den Harnleiter wird der Ballon durch einen ganz dünnen in ersterem verlaufenden Harnleiterkatheter mit Wasser gefüllt und dadurch aufgebläht, so daß er sich der Harnleiterwandung fest anlegt. Zur Kontrolle des absolut dichten Abschlusses kann man durch einen

zweiten ebenso dünnen und wiederum in dem ersten Katheter verlaufenden Katheter proximal von dem Ballon etwas Methylenblaulösung deponieren. Ist jetzt der aus der Blase abfließende Urin ungefärbt, so ist der Verschluß des Harnleiters durch den aufgeblähten Ballon ein vollkommener.

Eine Skizze veranschaulicht das Gesagte. **Grunert** (Dresden).

30) **P. Fiori.** Steine und multiple Verengerungen des rechten Ureters. Uterotomie und ausgedehnte Ureterheteroplastik.

(Policlinico 1905. Nr. 2.)

Verf. berichtet über einen Fall, bei welchem es ihm gelang 16 cm des Ureters wieder herzustellen, oder besser gesagt, fast einen neuen Weg zwischen Blase und Niere zu schaffen bei einer 21jährigen, seit 14 Jahren an Steinen und multiplen Harnleiterverengerungen leidenden Frau. Um diesen Zweck zu erreichen, modellierte Verf. über einer dicken Sonde (Nr. 30 Charrière) einen Teil der zellig-fibrösen Platte, welche das Bauchfell in der Höhe des Beckenteiles des Harnleiters und des zwischen Harnleiter und M. psoas gelegenen Teiles verdoppelt.

Die Operation wurde durch einen großen Lumbo-iliacal-Schnitt auf lumbarem Wege ausgeführt.

Das Resultat war ein äußerst günstiges: Die Lumbalfistel blieb bis zum 38. Tage und ist seitdem vollkommen geschlossen. Die Wegsamkeit des neuen Weges wurde durch den Harnleiterkatheterismus geprüft und später durch die intravesikale Urintrennung mittels des Separators von Luys. Diese am 11. Januar 1905 ausgeführte Untersuchung hat, ungefähr 7 Monate nach der Operation, ergeben: Auf der operierten Seite einen trüben und sauren Urin mit weißen Blutkörperchen und geringen Mengen von Eiweiß, während auf der linken, nicht operierten Seite der Urin sehr klar und ganz normal war.

Dieser nach Verf. einzig in der Literatur dastehende Fall ist für die Chirurgie der Harnwege sicher von großer Bedeutung. Verf. zieht aus ihm Schlußfolgerungen für einige Betrachtungen über die Behandlung der Nieren- und Harnleitersteine.

Langemak (Erfurt).

Bemerkung zu der Originalmitteilung: „Der ektopische Testikel“ von Prof. Lanz in Amsterdam in Nr. 16 des Zentralblattes für Chirurgie.

Von

*Dr. **Longard**, Oberarzt am Krankenhaus Forst-Aachen.*

Unter obigem Titel veröffentlicht Prof. Lanz eine Methode zur operativen Behandlung des ektopischen Hodens, die er als Extensio testis bezeichnet und als »eigenes« Operationsverfahren beschreibt. Prof. Lanz hat zweifellos übersehen, daß ich in einer Originalmitteilung des Zentralblattes für Chirurgie bereits im Jahre 1903 (Nr. 8) unter dem Titel: »Zur Operation der Rententio testis inguinalis« ein Operationsverfahren angegeben habe, das mit dem seinigen vollkommen identisch ist.

Die Methode von Prof. Lanz unterscheidet sich nur insofern von der meinigen, als ich statt eines Fadens eine größere Anzahl Fäden (6—7) benutze, um »eine Extension« an Hoden und Samenstrang auszuüben.

Der Vergleich meiner Mitteilung aus dem Jahre 1903 mit der von Prof. Lanz aus dem Jahre 1905 dürfte wohl keine Zweifel über das Prioritätsrecht dieser Operationsmethode aufkommen lassen.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 24. **Sonnabend, den 17. Juni.** **1905.**

(Aus der orthopädischen Klinik der kaiserlichen militär-medizinischen Akademie zu St. Petersburg.)

Zur Technik der Kniegelenkarthrodese.

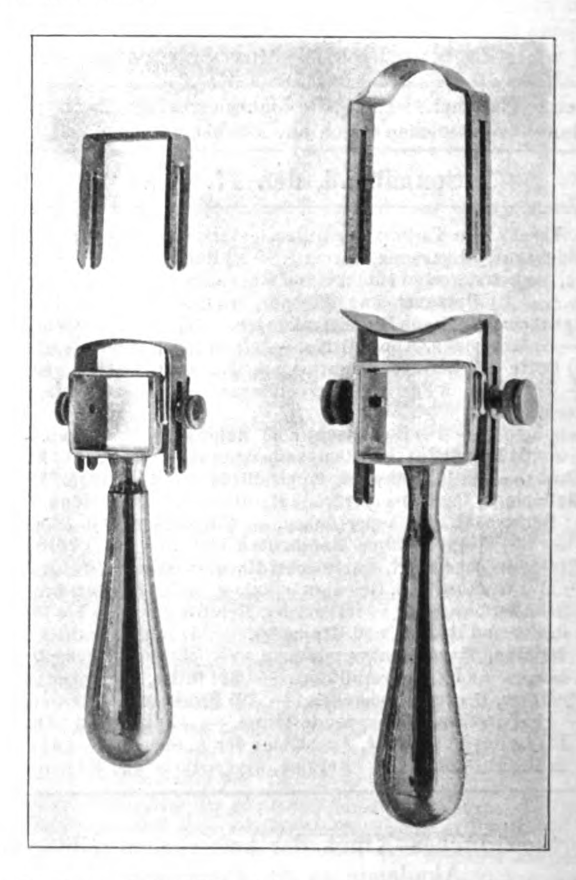
Von

Prof. **Henry Turner.**

In Nr. 34 des »Zentralblattes für Chirurgie« (Jahrg. 1904) lenkt Dr. Hagen-Torn durchaus mit Recht die Aufmerksamkeit auf die Operation der Kniegelenkarthrodese. Diese Operation, die eigentlich

nichts anderes als eine Resektionsmethode darstellt, ist bekanntlich zuerst von Albert allein zum Zwecke der Herbeiführung einer Ankylose in Vorschlag gebracht worden.

Das Anwendungsgebiet dieses Eingriffes liegt hauptsächlich in der orthopädischen Praxis, wo er zur Fixation der schlenkernden Gelenke bei Paralysen (häufiger bei Poliomyelitis anterior) angewendet wird. Trotzdem aber die Operation jetzt ziemlich häufig ausgeführt wird, werden Details hinsichtlich der Operationstechnik nur in spärlichem Maße mitgeteilt, weil man auf verschiedenem Wege zu einem guten Resultat gelangen kann.



Ich weiß aber, daß Mißerfolge vorkommen können, und möchte infolgedessen auf Grund meiner 15 innerhalb eines kurzen Zeitraumes operierten und durchweg erfolgreich abgelaufenen Fälle folgende kurze Betrachtungen aufstellen:

Der bogenförmige Schnitt der Weichteile nach Textor ist der einfachste und bequemste. Die Seitenbänder müssen möglichst geschont werden. Die Entfernung des Knorpelüberzuges muß möglichst ökonomisch ausgeführt werden, damit die Form der Gelenkoberflächen

keine Veränderung erfahre. Statt einer Säge oder eines Messers empfehle ich zur Beschleunigung des Verfahrens die Anwendung des auf der Abbildung dargestellten Instrumentes, welches einem kleinen Stoßhebel oder richtiger einem »automatischen« Rasiermesser ähnlich ist. Ein Paar solcher Instrumente, von denen das eine mit einem nach außen, das andere mit einem nach innen konvexen Messer armiert ist, befreit schnell den Knochen von Knorpel und liefert am Oberschenkel und Unterschenkel einander gut anliegende Oberflächen. Die Patella soll nach dem Beispiel von Riedinger (1878) als Bindeelement dienen, das Nägel, Nadeln usw. ersetzt. Sie wird vom Knorpel befreit, der angefrischten Oberfläche des Oberschenkelknochens (zwischen den Kondylen) und der Tibia (Tuberositas) angepaßt und mittels Naht befestigt. Die Sehne der Flexoren wird, falls erforderlich, durchschnitten. Die zurückbleibende Kontraktur des Knies kann in der Nachbehandlungsperiode etappenweise korrigiert werden.

Ein Gipsverband muß die ganze Extremität umfassen. Bei solcher absoluten Ruhe geht die Verwachsung der Knochen genau so wie bei gewöhnlicher Fraktur vor sich. In der dritten Woche ist die Konsolidation der Knochen bereits deutlich ausgesprochen.

Auf dem Röntgenbilde sieht man im vollen Sinne des Wortes prima intentio der Knochen, wobei die Patella beide Gelenkenden miteinander verlötet. Wenn es die andere Extremität erlaubt, so kann man mit den ersten Gehversuchen zu Beginn der dritten Woche anfangen. Der funktionelle Reiz festigt natürlich die Ankylose. Doch ist es keineswegs nötig, mit den Gehversuchen sich besonders zu beeilen. Der Beckengurt wird zu Beginn der Gehversuche abgelegt. Die Entfernung der Nähte, sowie der Verbandwechsel an der Wunde werden durch ein im Verband angelegtes Fenster vorgenommen. Nadeln, Verband, Nägel und Nähte bewirken nicht diejenige Ruhigstellung der zu verlötenden Teile, wie sie durch den Gipsverband erzielt wird.

---

1) **König-Hildebrand.** Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. (König's Lehrbuch der Chirurgie Bd. IV). 2. Auflage.

Berlin, **August Hirschwald,** 1905.

Nach 16jähriger Pause ist K.'s allgemeine Chirurgie in vollständiger Neubearbeitung durch seinen Nachfolger auf dem Lehrstuhl der Charité, H., erschienen. Die neue Auflage hat einen erheblich größeren Umfang, als die erste, zum Teil wohl infolge von Einfügung zahlreicher (361), zumeist guter Abbildungen aus H.'s eigenem Material, die, wie ein kurzes Sachregister, der letzteren gänzlich gefehlt hatten. Auch die Einteilung des Inhaltes ist wesentlich verändert: Im ersten Teile werden die Verletzungen und akuten und chronischen Krankheiten (einschließlich der Geschwülste) des menschlichen Körpers im allgemeinen, die Störungen im Verlaufe der Wundheilung und akzidentellen Wundkrankheiten vor der Besprechung der Wundbehandlung,

im zweiten die Verletzungen und Krankheiten (akute und chronische) der einzelnen Gewebe dargestellt. Ganz in Fortfall gekommen ist aus der früheren Auflage die Schilderung der Narkose, auch sonst manches Kapitel stark verkürzt, um zahlreiche andere entsprechend den in den letzten 20 Jahren veränderten Anschauungen und Fortschritten auf vielen Gebieten der allgemeinen chirurgischen Pathologie (Bakteriologie, Lehre von der Tuberkulose usw.) und Therapie (Asepsis, Stauungshyperämie, Behandlung der Tuberkulose, Frakturen usw.) erweitern zu können. H.'s Darstellung ist überall eine klare, zusammenfassende; selbst kurze historische Angaben sind weggelassen. Dafür ist der jetzige Standpunkt der allgemeinen Chirurgie aufs treffendste und mit größter Gründlichkeit gekennzeichnet, eine Fülle von Wissen, von reichen eigenen Erfahrungen des Verf. in dem Lehrbuch niedergelegt, das für seine Neubearbeitung, da K. selbst diese nicht mehr auf sich nehmen wollte, keine geeignetere Persönlichkeit hätte finden können, als die H.'s, K.'s früheren langjährigen, mit seinen jetzigen Anschauungen vertrauten Mitarbeiters, dem wir bereits ein ausgezeichnetes Werk über ein Gebiet aus der allgemeinen Chirurgie, die Monographie über die Tuberkulose, verdanken.

Einem Wunsche sei zum Schluß noch Ausdruck gegeben, dem, daß diesem IV. Bande von »K.'s Lehrbuch der Chirurgie« als Ergänzung noch ein V., die allgemeine Verband- und Operationslehre behandelnder folgen möge; eine solche fehlt noch an dem großen Werke.

Kramer (Glogau).

---

2) **F. König.** Lehrbuch der speziellen Chirurgie. 8. Auflage. III. Band.

Berlin, **August Hirschwald,** 1905.

Den beiden ersten Bänden der 8. Auflage des obigen Lehrbuches ist rasch der dritte gefolgt, in welchem K.'s Sohn, Fritz König, die Kapitel über die Chirurgie der oberen Gliedmaßen entsprechend den Fortschritten der Wissenschaft ergänzt hat. Auch der vorliegende Band hat wieder beträchtlich — mit ca. 80 Seiten — an Umfang zugenommen und weist auch eine größere Anzahl neuer Abbildungen, besonders in den Abschnitten über Schenkelhalsbrüche, Tuberkulose des Hüft- und Kniegelenks, auf. Wertvolle Bereicherungen haben erfahren die Kapitel über die Behandlung der Oberarmbrüche (Extensionsbehandlung), über subkutane Brüche der Handwurzelknochen, über Behandlung von Knochendefekten an Fingern, über zentrale Verrenkung des Schenkelkopfes durch die Pfanne in das Becken, über Behandlung veralteter Hüftverrenkungen, über die blutigen und unblutigen Operationen bei angeborener Hüftverrenkung, über Coxa vara, Pfannenbrüche, Schenkelhalsbrüche jugendlicher Individuen, über Abrißfrakturen der Trochanteren, Kniescheibenbruch, Rißbruch der Tuberositas tibiae, Haemarthros genu, Spiralbrüche des Unterschenkels usw. Namentlich in dem Teile des Werkes, der die Chirurgie der

unteren Extremität behandelt, sind vielfache neue persönliche Erfahrungen K.'s eingefügt, ist die Lehre von der Tuberkulose vervollständigt, die von den Frakturen auf Grund der besseren Diagnostik (Röntgenbild) und des reichen Materials in der Klinik der Charité umgestaltet und verbessert.

So gewährt auch mit seinem dritten Bande das K.'sche Lehrbuch wieder ein vollständiges Bild des gegenwärtigen Standes der Wirbelsäulen- und Gliedmaßenchirurgie, die K. so große Fortschritte zu verdanken hat. Möge es dem nunmehr von seiner reichgesegneten klinischen Tätigkeit ausruhenden Verf. beschieden sein, in der bisherigen körperlichen und geistigen Frische auch die nächste Auflage des Werkes zu bearbeiten! **Kramer** (Glogau).

---

3) **Poncet et Leriche.** Rhumatisme tuberculeux ankylosant, arthrites plastiques, ankyloses osseuses d'origine tuberculeux.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 1.)

Verff. bezweifeln, daß die gewöhnliche Polyarthritis rheumatica zu knöchernen Ankylosen führen könne; meist handle sichs um Versteifungen durch Weichteilschrumpfung. Daneben kommt jedoch — wie von P. und seinen Schülern in einer Reihe von Publikationen behauptet wurde, eine Polyarthritis (bezw. eine akut einsetzende rheumatische Gelenkentzündung, die auch auf ein Gelenk beschränkt bleiben kann) zur Beobachtung, die in kürzerer oder längerer Zeit, nach 1, 2 oder mehreren entzündlichen Anfällen mit Entschiedenheit zur Ankylose führt. Läßt sich als Ätiologie Gonorrhöe ausschließen, so bleibt bei fehlender Salizylwirkung, bei der Bildung der Ankylosen mit knöcherner Verwachsung, gleichzeitigen oder erst später nachweisbaren tuberkulösen Herden gar keine andere Annahme, als daß eine Manifestation der Tuberkulinwirkung vorliege. Mit der Caries sicca v. Volkmann's hat diese Form der Gelenktuberkulose nichts gemein: besteht, wie z. B. am Knie, eine Knochenverdickung, so verbreitert sie das Knie von innen nach außen, nicht, wie bei jener, von vorn nach hinten. Zudem fehlen im Gelenk selbst alle an Tuberkulose erinnernden Produkte, Fungositäten und Eiter. Nach Ansicht der Verff. sind auch Keloid, manche Formen von Genu valgum adoles. und entzündlicher Plattfuß als tuberkulöse Reizungen zu beurteilen. Als Beweis des oben gesagten werden 13 Krankengeschichten, einige der Literatur entnommen, mitgeteilt.

Die Frage hat großes chirurgisches Interesse, da häufig solche Ankylosen in falscher Stellung, Subluxation, Verbiegung, absoluter Streckstellung usw. ausheilen, und Resektionen erfordern.

So gefällig die ganze Auffassung sich darbietet, dürfte sie vorläufig mehr als den Wert einer Theorie nicht beanspruchen, da einerseits der Nachweis der Tuberkelbazillen in den Gelenken — von einer früheren Angabe abgesehen — bezw. des Tuberkulins noch aussteht und bei der Häufigkeit latenter Tuberkulosen das gleichzeitige Vor-

handensein atypischer, ankylosierender Arthritiden noch kein Abhängigkeitsverhältnis einschließt, andererseits aber Froelich und Weiss (Nancy) bei einigen der bezeichneten Affektionen (Genu valg. adol. und Tarsalgie) Staphylokokken nachgewiesen haben wollen.

Christel (Metz).

---

4) **Pennisè.** Sul processo di guarigione delle ferite delle cartilagini.

(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 10—12.)

Die Untersuchungen betreffen die Heilung von Knorpelwunden, die an den Femurkondylen, den Rippenknorpeln, Ohr- und Schildknorpel bei Kaninchen angelegt sind.

Aseptische Knorpelwunden rufen eine Nekrose in der Umgebung des Schnittes hervor, dann folgt eine Zellvermehrung in der Umgebung, die sich aber in beschränktem Maße hält. Eine wahre Ausfüllung des Substanzverlustes erfolgt nicht, nur durch die Elastizität des Knorpels ein Zusammenrücken der Wundränder, die zum Teil verkalken können. Wenn der Schnitt Teile getroffen hat, von wo aus Bindegewebe herauswachsen kann, oder bei entzündlicher Reizung entsteht stets ein Pannus und eine bindegewebige Narbe.

Auch am Rippenknorpel verhält sich der Knorpel ganz passiv; zuerst füllt Bindegewebe, aus der Umgebung her, den Defekt. Später und zum Teil mit ihm dringt vom Perichondrium her neugebildeter Knorpel ein; derselbe hat Neigung zur Verknöcherung. Auch Frakturen der Rippenknorpel heilen durch eine knorplige, zur Verknöcherung neigende Narbe. Ähnlich sind die Verhältnisse am Schildknorpel.

Am Ohr entsteht meist bei Wunden eine rein bindegewebige Narbe, welche vom 23. Tag an sich in hyalinen Knorpel verwandelt, während zugleich vom Perichondrium aus ebenfalls Knorpelneubildung erfolgt. Später Verkalkung und Verknöcherung. Bei Wunden mit Substanzverlust war die Narbe bis zum 96. Tage fibrös.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

5) Ingenieur **F. Dessauer** und **E. Wiesner.** Kompendium der Röntgenographie. Ein praktisches Handbuch.

Leipzig, 1905.

Das Buch, dessen erstes Kapitel bereits als Einzelheft erschienen ist, soll ein Handbuch der Aufnahme sein, das sich auf wissenschaftlicher Basis unmittelbar in den Dienst der Praxis stellt und die einzelnen Aufgaben in Abbildungen vorführt. Es ist ungemein klar und faßlich geschrieben und hat den Vorzug, daß außer den eigentlichen »Aschaffenburgern« andere, auch von den Gegnern anerkannte Röntgentechniker, wie Rosenthal, zu Worte kommen. Der erste Teil schildert das Wesen der Röntgenstrahlen, die physikalischen Grundlagen und den Röntgenapparat selbst. Der zweite Teil behandelt die Photographie und ihre Hilfsmethoden, während der dritte Teil die

Aufnahmemethodik beschreibt. Das Vorgetragene wird durch zahlreiche Abbildungen veranschaulicht, die freilich oft vieles an Deutlichkeit wünschen lassen. Auf zahlreichen Tafeln werden sehr instruktive Beispiele verfehlter und guter Aufnahmen vorgeführt.

Die Verff. werden — zumal im ersten Teile — zahlreiche Gegner finden. Dennoch ist das Buch dem Anfänger und jedem, der sich schnell einen Überblick verschaffen will, durchaus zu empfehlen.

Fielitz (Halle a. S.).

---

6) **Krause** (Breslau). Zur Röntgenbehandlung von Bluterkrankungen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 3.)

Zunächst gibt Verf. ein ausführliches Referat über die bisher veröffentlichten Fälle.

Am besten bekannt sind bis jetzt die Wirkungen der Röntgenstrahlen bei der Leukämie. Als markanteste und wenigstens bei der myeologenen Leukämie fast konstante Wirkung ist die subjektive auf die Pat. zu nennen: Verschwinden der Kopfschmerzen, Müdigkeit und Appetitlosigkeit, Gewichtszunahme. Aber auch objektiv war in den meisten Fällen eine deutlich nachweisbare Wirkung vorhanden. Einmal tritt »fast mit der Sicherheit des Experimentes« eine Verminderung der Leukocyten ein, sehr häufig ferner eine oft starke Verkleinerung der Milzschwellungen bis zum vollkommenen Verschwinden. Doch sind Rezidive nicht ausgeschlossen. Die Verkleinerung der Milz tritt häufig nicht sofort ein, sondern erst nach längerer Bestrahlung. Viel weniger sicher erscheint der Erfolg bei der Pseudoleukämie, ebenso bei der Anaemia splenica. Doch hält Verf. bei jeder schweren Anämie einen praktischen Versuch, speziell die Bestrahlung der langen Röhrenknochen für angezeigt, da die Analogie mit den Leukämiefällen direkt dazu auffordere.

Von unerwünschten Begleiterscheinungen nennt Verf. als subjektive Beschwerden allgemeines Unbehagen, Kopfschmerzen und Schmerzen im Leib. Objektiv sind es vor allem die Veränderungen der bestrahlten Haut, die zwischen leichter Pigmentation und Ulzeration variieren können und event. ein Aussetzen der Bestrahlung gebieten.

Bezüglich der Technik sind von den einzelnen Autoren genaue Angaben meist nicht gemacht worden. Im allgemeinen verwende man mittelweiche bis harte Röhren. Die Dauer der Bestrahlung schwankte von Minuten bis über $^1/_2$ Stunde pro Sitzung und erreichte mehrere 100 ja 1000 Minuten im ganzen.

Eine ursächliche Erklärung der Röntgenwirkungen bei Bluterkrankungen liegt zurzeit noch nicht vor. **Gaugele** (Zwickau i. S.).

---

7) **Wulff.** Verwendbarkeit der X-Strahlen für die Diagnose der Blasendifformitäten.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 3.)

Verf. konnte einem alten Manne, der im Urin Eiter entleerte, sowohl durch das Cystoskop als durch die Röntgenstrahlen eine Vesica bilocularis nachweisen!

Für die Röntgenaufnahme wurde zuvor die Blase mit einer Wismutlösung gefüllt (Bi. subnitr. 5,0, Amyl. 1,5, Aqu. ad. 50,0). Das Röntgenbild zeigte deutlich zwei eirunde Schatten, zwischen welchen eine Membran in die Höhe zog. Verf. empfiehlt die Methode namentlich bei Verdacht auf Divertikelbildung und Blasenhernien und hält sie für ungefährlicher und präziser als die von Keller angegebene Lufteinblasung.

Gaugele (Zwickau i. S.).

---

8) **Hausmann.** Über die Palpation der Appendix und über die Appendicitis larvata.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 7.)

Die Arbeit, welche dem Chirurgen nichts Neues bietet, will auf die Notwendigkeit tiefer und sorgfältiger Palpation und auf die chronische Form der Appendicitis, welche häufig in ihren Symptomen ein anderes Leiden vortäuscht, hinweisen: Bei der Tastung ist eine zur Längsachse der Appendix senkrechte Haltung der Hand von Wichtigkeit. Um den Psoas der vorderen Bauchwand zu nähern, ist es zweckmäßig, den Kranken aufzufordern, das gestreckte rechte Bein etwas zu heben. Die häufigste Verlaufsrichtung der Appendix ist die nach innen und die nach unten zum kleinen Becken. Vorteilhaft ist es, die linke Hand auf die tastende Rechte zu legen, die nötigen Bewegungen mit der Linken auszuführen und die Rechte ausschließlich dem Tasten zu widmen. Außer dem Ileum können Colon transversum, wenn es strangförmig kontrahiert und nach unten gesunken ist, und die Flexura sigmoidea zur Verwechslung mit dem Darmfortsatz Anlaß geben.

Langemak (Erfurt).

---

9) **E. Rochard.** Un noveau procédé de cure radicale de la hernie inguinale.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 45.)

Obgleich R. als Nachteil der Bassini'schen Operation nur Samenstrangschwellung, nie Zirkulationsstörungen am Hoden gesehen hat, ist er doch, ähnlich Connell (vgl. dies Zentralblatt 1905 Nr. 19), durch die Beobachtungen anderer dazu gedrängt worden, eine Methode zu ersinnen, bei der der Samenstrang in keiner Weise gezerrt wird. Er verfährt wie folgt:

1) Hautschnitt wie für Bassini. 2) Aponeurose des Obl. ext. durch in den Kanal eingeführten Finger vorsichtig abgelöst und gespalten. 3) Versorgung des Bruchsackes. 4) Ohne Berührung des Samenstranges wird der Obliqu. int. mit U-förmigen Knopfnähten an

das Lig. Pouparti genäht. 5) Der untere Rand des Obliqu. ext. wird unter den oberen geschoben. Zwei Reihen U-förmiger Nähte.

R. ist sich wohl bewußt, nichts absolut Neues zu bieten, hält aber sein Verfahren für sorgfältiger als ähnliche. Von der Exzision erweiterter Venen am Samenstrange, wie sie Halsted prinzipiell ausführt, sieht R. ab, weil er die Venektasien, nicht sowohl für die Ursache des Bruches, als vielmehr den Bruch für die Ursache der Varicokele hält.

V. E. Mertens (Breslau).

---

10) **G. Cotte et R. Leriche.** Des stenoses intestinales tardives consécutives à l'étranglement herniaire.

(Revue de gynécol. et de chir. abdominale 1905. Nr. 2.)

Die früher viel gefürchtete Erscheinung der nach Brucheinklemmung sich später ausbildenden Darmstenosen ist nicht sehr häufig. Allerdings bleibt sie, wenn nicht sehr ausgesprochen, oft unbemerkt. In der Literatur fanden Verff. über 80 einschlägige Mitteilungen von denen sie aber nur 39 zu ihrer Besprechung verwerten konnten. Die in Rede stehende Verengerung ist bei Männern häufiger als bei Frauen (23 : 14), obwohl Brucheinklemmung als solche bei Frauen als doppelt so oft vorkommend wie bei Männern geschätzt wird. Außerdem kommt es nach Einklemmung von Leistenbrüchen öfter zu späterer Stenosenbildung als bei Schenkelbrüchen (27 : 8). Zweimal ist Stenosenbildung auch nach Nabelbrüchen beschrieben. Die die Stenosen veranlassenden Momente sind noch nicht ganz klar. Jedenfalls kommen sie entweder durch Adhäsionsbildung zustande oder als Folge geschwüriger Vorgänge in der Darmwandung mit späterer Narbenbildung. Bei der letzteren Form unterscheidet man den ring- und den röhrenförmigen Typus. Die ringförmigen entsprechen den Einschnürungsfurchen; sie sind das Produkt einer auf der Schleimhaut sich abspielenden Entzündung. Tritt zu dieser Entzündung infolge der Ernährungsstörung Nekrose zu, so resultiert daraus je nach der Ausdehnung derselben später die entsprechende Einschnürung. — Beobachtet sind solche Stenosen in der Zeit von 8 Tagen bis 14 Jahren nach der Einklemmung. Sie können sich durch akut oder chronisch auftretende Erscheinungen bemerkbar machen. Vorhergehen können Durchfälle oder Darmblutungen. Blutungen, die etwa 6 Tage nach der Herniotomie auftreten, geben besondere Veranlassung daran zu denken. — Auch kann es zu Perforation mit ihren Folgen kommen. Durch Perforation nach Verklebung benachbarter Schlingen ist es auch in einigen Fällen schon zu spontaner Enteroanastomose gekommen.

In prophylaktischer Hinsicht stellen Verff. als wichtigstes Moment das Unterlassen jeglicher Taxis hin, da diese die Darmwandung stets schädigt. Eine etwa erforderliche Darmresektion darf nicht zu sparsam angelegt werden. Nach Ausbildung der Stenose ist die Operation der Wahl die Resektion; nur in besonderen Fällen soll man sich mit einer Anastomose begnügen. In die Resektion einzufassen ist ober-

halb der Verengerung der Darmteil, soweit er ausgedehnt ist, da es sich oft bei dieser Dehnung um ein submuköses Ödem, weniger um eine kompensatorische Hypertrophie handelt. **E. Moser** (Zittau).

---

11) **N. Allison.** The silver fork deformity.

(Interstate med. journ. 1905. Februar.)

Verf. legt bei der Reposition der Colles'schen Fraktur einen großen Wert auf eine überkorrigierte Stellung der Fragmente; denn nur dadurch kann eine wiedereintretende Dislokation verhütet werden.

Er hat ein 5jähriges Mädchen und einen 7jährigen Jungen — letzterer hatte eine Epiphysenlösung —, deren Fragmente trotz vorgenommener Reposition deform verheilt waren, osteotomiert. Die Fixation wurde durch eine volare Gipsschiene bewirkt. Heilung erfolgte per primam. **Höfmann** (Heidelberg).

---

12) **C. Féré** et **J. Perrin.** Note sur des anomalies des doigts et en particulier du petit doigt valgus.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 1.)

Gegenstand der Abhandlung sind jene meist als funktionelle beschriebenen Verbiegungen der Fingerenden nach innen gegen die Längsachse der Hand. Verff. sind der Überzeugung, daß hierbei, besonders wenn starke Abbiegung des Nagelgliedes am kleinen Finger dabei vorkommt, weit mehr neuropathische Belastung ätiologisch von Belang ist, wie eine Untersuchung von 180 Irren zu bestätigen scheint: Sie boten teils einseitig, teils beiderseits in fast 39% der Fälle das Bild der Dig. V valgus, gegen 19% bei normalen Arbeitern. Weitere Einzelheiten wolle man im Originale verfolgen, welches die photographische und röntgenographische Abbildung einer typischen Beobachtung wiedergibt. **Christel** (Metz).

---

13) **Parona.** Della legatura della vena poplitea nelle varici alle gambe.

(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 8 u. 9.)

Normalerweise geht der Blutstrom im Bein aus den oberflächlichen Venen in die Tiefen. Die Anastomosen zwischen den Ästen der Saphena und der Poplitea, die in die Wadenmuskeln führen, zeigen Klappen mit nach innen gerichteter Konvexität. Bei Varicen sind diese Klappen insuffizient oder fehlen. P. hat zahlreiche Injektionen an Leichen mit und ohne Varicen gemacht. Im ersteren Falle kann man die oberflächlichen Venen von den tiefen aus nicht injizieren: da wo sich Varicen der oberflächlichen Venen fanden, waren stets auch die tiefen erweitert. P. hält daher letztere für primär verändert. Dabei bleibt die Poplitea selbst stets unverändert in ihrem Kaliber.

P. schlägt daher vor, statt der Trendelenburg'schen Operation die Unterbindung der V. poplitea zu machen, welche er selbst in 12 Fällen

mit Erfolg ausführte. Die Technik wird genau beschrieben, es wird empfohlen, als Unterbindungsstelle den oberen proximalen Teil der Kniekehle zu wählen, weil dann die Einmündungsstellen der Saphena parva und der in die Gemelli gehenden Äste vermieden wird, auch die Arterie weniger fest der Vene anliegt als im unteren Abschnitte. — Zahlreiche Krankengeschichten. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

14) **C. Viannay.** Étude critique sur l'opération de Trendelenburg.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 1.)

Mit diesem Namen will V. sämtliche Operationen belegen, die den Stamm der V. saphena angreifen in der Absicht, der Rückstauung des Blutes in ihrem Bereiche vom Herzen aus entgegenzutreten. Denn obgleich auch früher und relativ häufig Unterbindungen der V. saph. und Ausschneidungen variköser Venenhaufen vorgenommen wurden, hat doch erst Trendelenburg den Symptomenkomplex der Klappeninsuffizienz an der Saphena und der Rückstauung physiologisch begründet und die so entstehenden Zirkulationsstörungen zielbewußt durch die Unterbindung der Saphena heilen wollen. Der einfachen Unterbindung der V. saphena im Trig. Scarpae folgten bald eine Reihe von Modifikationen: Exzisionen von Teilstrecken, einer, mehrerer, der ganzen Vene, Unterbindung über dem Condyl. femoris u. a. Worin lag das Versagen dieser Methoden? V. hat die Operationen der Reihe nach an Leichen ausgeführt und dann sowohl retrograd als auch aufsteigend Injektionen vorgenommen, um durch Studium der Kollateralen die einzelnen Methoden bewerten zu können. Die retrograde Füllung der Saphena von der V. femor. aus gelingt ziemlich selten; die von Poirier besonders gewürdigte Klappe an der Saphenamündung hindert daran. Doch sind die Leichenversuche nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse am Lebenden übertragbar; — denn die Rückstauung ist ja klinisch und manometrisch bewiesen. V. konnte an seinen Präparaten feststellen, daß in ca. 6,5% eine doppelte Saphena, in 47% eine Kollaterale im unteren Drittel des Oberschenkels besteht, die vom Unterschenkel bezw. der Saph. ext. herkommen; erwähnt und abgebildet sind aber nur die, welche bei den Injektionsversuchen die Verbindung vermittelten, zahlreiche andere kleine nicht. Danach ist die Unterbindung im unteren Drittel des Oberschenkels als durchaus illusorisch zu verwerfen, ebenso die Umschneidung nach Moreschi-Mariani — weil das Wiederwegsamwerden der Venenlichtungen durch die Narbe hindurch möglich ist. Berechtigt ist die Unterbindung im Trig. Scarpae mit Resektion einer größeren Strecke, und besondere Berücksichtigung einer zweiten V. saph. int., event. mit Hinzufügung weiterer etappenartiger Unterbindungen im übrigen Verlaufe der Vene; berechtigt ist — wenn auch vielleicht in den allermeisten Fällen entbehrlich — die ausgedehnte Exzision, die Narkose und ausgedehnte Naht — V. näht fortlaufend mit Catgut — erfordert, während für die oben empfohlenen Methoden lokale Anästhesie genügt. **Christel** (Metz).

Kleinere Mitteilungen.

15) **Röntgenkongrefs.**

Berlin, 30. April bis 3. Mei 1905.

Am 30. April fand die Eröffnung des Kongresses unter sichtbar ungünstigsten Auspizien statt. Der, dem die ganze Veranstaltung galt, Herr v. Röntgen, war — wie der Herr Ministerialvertreter sagte, aus Bescheidenheit, wie der Vorsitzende angab, wegen triftiger Gründe — nicht anwesend, Exzellenz v. Bergmann, der Ehrenvorsitzende, war aus Gesundheitsrücksichten verhindert. Der Vorsitzende, Herr Prof. Eberlein-Berlin eröffnete den Kongreß mit einer Ansprache, hinweisend auf die große Entdeckung und deren Bedeutung, und Herr Immelmann-Berlin machte den ungeheuren Wert der Röntgenstrahlen für die Medizin an einer großen Reihe von Projektionsbildern aus dem Gebiete der Anatomie, Physiologie und Pathologie klar.

Der wissenschaftliche Teil wurde eröffnet durch Herrn v. Leyden-Berlin mit einem Vortrag über die Röntgenphotographie und die Wirbel- und Rückenmarkserkrankungen.

Vortr. gab einen Überblick über die Bedeutung der Röntgenphotographie für die innere Medizin, insbesondere über die Grenzgebiete, die Erkennung der Lungen-, Herz-, Gefäß-, Magen- und Darmerkrankungen und ging dann auf den Wert derselben für die Erkennung der Nerven-, insbesondere der Rückenmarkserkrankungen ein. Abgesehen von den Fällen, die nach Verletzung die Differentialdiagnose Hämatom oder Fraktur sicherstellen, sind besonders die reinen Erkrankungen des Rückenmarkes zu erwähnen, die nach den erfolgreichen Versuchen, die v. L. zusammen mit Herrn Grunmach angestellt hat, auf dem Röntgenbilde deutlich mit einer Osteoporose einhergehen. Ein Reihe von Bildern illustrieren die anschließenden Krankengeschichten, die die Tabes, Poliomyelitis, Bulbärparalyse usw. betreffen.

In der Diskussion macht Herr Grunmach-Berlin auf einen interessanten geheilten Fall von Bruch des ersten Lendenwirbels aufmerksam und spricht dann über das Blendenverfahren bei Wirbelaufnahmen und über einzelne, durch die Röntgenstrahlen entdeckte Frühsymptome innerer Erkrankungen, den Pied tabetique usw.

Herr v. Leyden kommt noch mit einigen Worten auf die Therapie innerer Krankheiten, Leukämie, zurück.

Herr Grunmach-Berlin spricht des weiteren über diagnostische Erfolge der Röntgenstrahlen bei inneren Leiden, den großen Wert der Röhre, der Einstellung, der Abblendung, um keine Verschiebungen, keine unsicheren Resultate zu erhalten. Insbesondere macht er auf die so sehr differenten Resultate der Perkussion und des Röntgenbildes der Herzgrenzen aufmerksam und die Diagnose der Herzvergrößerungen durch das Bild. Die Frage der Verkleinerung des Herzens mit Bädern, kohlensauren, sinusoidalen, heißen Bädern usw. haben durch die Photographie dahin Aufklärung gefunden, daß diese Therapie gar keinen Einfluß hat. Die Gefäßerkrankungen, Aneurysmen, die Erkrankungen der Respirationsorgane, Lungenherde, Enchondrome des Larynx, die der Digestionsorgane, die Diagnose der Erkrankungen der übrigen Baucheingeweide erfahren eine kurze Beleuchtung.

In der Diskussion spricht Herr Cassirer-Berlin über die von Oppenheim und ihm diagnostizierten und photographierten Tumoren der Hypophysis cerebri und die sichtbare Erweiterung der Sella turcica bei dieser Erkrankung. Die ausgestellten Photogramme zeigen deutlich die zentralen und peripheren Veränderungen. Die übrigen Nervenerkrankungen, die die Röntgenstrahlen diagnostizieren können, werden kurz erwähnt.

Herr Hoffa-Berlin betont in seinem Vortrage den Einfluß des Röntgenverfahrens auf die Entwicklung der Orthopädie, die Ossifikations-

störungen, die angeborenen Mißbildungen, die Skoliosen usw. Besonders für die Frühdiagnose der Spondylitis tuberculosa, Spondylitis traumatica, der Bechterewschen Erkrankung ist das Röntgenbild unentbehrlich. Die Luxatio coxae congenita und ihre Resultate, die Coxa vara, werden vom Vortr. eingehender Würdigung unterzogen.

Die Frühdiagnose der Gelenkerkrankungen durch die Aufhellung der Epiphysen und Knochenschatten, die mit zunehmender Heilung wieder dunkler werden, wird im Röntgenbilde gut gestellt. H. streift dann noch die Deformitäten, die Erkennung der Strukturveränderungen im Knochen und die statischen Veränderungen derselben, die im Röntgenbilde gut erkannt werden.

Herr Bassenge-Berlin gibt einen kasuistischen Beitrag zur Diagnose von Paget's disease, der Osteomalakie durch die Röntgenstrahlen.

Herr Lenharz-Hamburg betont, daß das Röntgenbild bei der Lungenchirurgie von unerläßlichem Wert, daß das operative Vorgehen an der Hand des Bildes viel sicherer geworden ist. Daß aber das Röntgenbild auch zu einer Fehldiagnose führen kann, hat er in einem Falle von Lungengangrän mit einer Kaverne im Oberlappen und einer reaktiven Pneumonie des unteren Teiles desselben gesehen. Zu diesen Ausführungen von L. zeigt Herr Kiesling-Hamburg die Projektionsbilder der von L. operierten Fälle von Lungengangrän, die das mit Unterstützung der Röntgenaufnahmen zielsichere Vorgehen desselben glänzend beleuchteten. Diesen bedeutenden Wert der diagnostischen Röntgenaufnahmen bestätigen Herr Grunmach-Berlin und Herr Weinberger-Wien, der im besonderen darauf aufmerksam macht, daß es nur mit dem Röntgenbilde möglich ist, ganz kleine Herde in der Lunge zu diagnostizieren.

Herr Haret-Paris spricht im Auftrage von Tuffier über die Lokalisation von Fremdkörpern durch stereoskopische Röntgenaufnahmen.

Herr Settegast-Berlin über Röntgendiagostik bei Verletzungen der Malleolen und der Fußwurzelknochen. Er macht mit Recht darauf aufmerksam, daß von den Ärzten so häufig als Malleolenfraktur angesprochen wird, was nur schwere Weichteilverletzungen, Zerreißung der Ligamente usw. sind.

Herr Brauner-Wien erläutert die radiologische Diagnostik der Magenerkrankungen an einigen Fällen, die Deutung des Wismutbildes bei Tumoren. Herr Holzknecht-Wien glaubt, daß in Zukunft die Radioskopie mit ihrer Vervollkommnung der Radiographie den Vorrang streitig machen wird wegen ihrer Einfachheit, Schnelligkeit, der Möglichkeit, eine große Reihe von Einblicken in kurzer Zeit zu erlangen. Die Möglichkeit der Bewegung des Pat., Lageänderung usw. geben bei gewissen Erkrankungen viel sicherer Aufschluß als das photographische Bild.

Herr Becher-Berlin empfiehlt den leeren Schlauch für Magenuntersuchung' Herr Krafft-Straßburg legt Wert auf einen mit Quecksilber gefüllten Schlauch, weil dieser leichter eingeführt werden kann. Außerdem glaubt er, daß wir durch die Wismutmethode eine bedeutende Verbesserung der Diagnostik des Magengeschwürs erreichen werden, weil das Wismut sich als ein dicker Brei auf dem Geschwür festsetzt.

Über den Wert des Röntgenverfahrens in der Zahnheilkunde spricht Herr Miller-Berlin.

Herr Eberlein-Berlin sprach über Stand und Ziele der Röntgenologie in der Tierheilkunde. Herr Leonard-Philadelphia über seine Resultate bei der Diagnose der Nieren- und Harnleitersteine. Untersuchungen, die viel häufiger das Vorkommen von Harnleitersteinen zeigten, als man anzunehmen geneigt ist. Er projiziert eine Reihe von Nieren- und Harnleitersteinen. Über dasselbe Tema legen anstatt eines Vortrages die Herren Komas und Prio-Barcelona hervorragende Bilder vor. Die durch das Röntgenverfahren erheblich sicherer und zeitiger gestellte Diagnose, so führt Leonard mit Recht aus, hat die eventuelle Gefahr der Anurie erheblich herabgemindert, da es eine sofortige Operation an der richtigen Stelle ermöglicht. Herr Cowl-Berlin berichtet über Versuche, die er

mit der Photographie von **Harnsäure- und anderen Steinen** gemacht hat. In der Diskussion macht Herr **Holzknecht**-Wien auch darauf aufmerksam, daß ein Schatten in der Nierengegend nicht beweisend für einen Nierenstein ist. Er hat einen solchen Fall beobachtet, der ohne Grund operiert worden ist. Das Konkrement kann ein Darm- oder Pankreasstein gewesen sein. Man soll daher scharf darauf achten, ob das Konkrement der Gegend der Niere genau entspricht. Ferner gibt die Durchleuchtung von unten und die Durchleuchtung mit dem Kompressionsschirm genauen Aufschluß darüber, ob sich der präsumtive Stein, was notwendig ist, mit der Respiration verschiebt.

Über dieselben Fehlerquellen spricht Herr **Albers-Schönberg**-Hamburg und gibt einige bedeutsame Anhaltspunkte an einigen von ihm beobachteten Vorkommnissen, wo Darmsteine für Nierensteine und kleine Verknöcherungen des Bänderapparates der Articulatio sacro-il. für Harnleitersteine angesehen und operiert worden sind. Er hat unter den letzten 125 Nierensteinen in nur 60 Fällen mit der Röntgenphotographie ein positives Resultat erzielt und ist der Meinung, daß die Photographie niemals die klinischen Methoden der Untersuchung, Harnleiterkatheterismus, Kryoskopie usw. ersetzen kann oder gar überflüssig macht. Herr Wertheim-Salomonson macht auf die spezifische Lage der Harnleitersteine aufmerksam, die an der Prädilektionsstelle, der Einmündung des Harnleiters in die Blase, liegen. Herr Stieda will die Spina ischiadica für Fehldiagnosen von Harnleitersteinen verantwortlich machen, was Herr Albers-Schönberg bestreitet, da die Spina ischiadica viel tiefer liegt.

Herr Crzellitzer-Berlin hat an sich selbst Versuche angestellt über die strittige Frage, ob die angeblich unsichtbaren Röntgenstrahlen doch dem menschlichen Auge Lichtempfindung verursachen. Mittels einer dem Aubert'schen Diaphragma ähnlichen Blende von quadratischer Form konnte er nun messen, wie groß das Strahlenbündel sein muß, das gerade noch vom Auge wahrgenommen wird. Er fand eine Dicke von $2^1/_2$ mm. Da nun aber die Macula lutea 2,25 mm groß ist, so schließt er daraus, daß diese für Röntgenstrahlen unempfindlich sein muß, und es muß daher als ausgeschlossen betrachtet werden, mit den Röntgenstrahlen bei Blinden irgendwelche Erfolge zu erzielen.

Auch Herr Cowl-Berlin hat solche — sehr gefährliche — Untersuchungen gemacht und ist zu dem Resultat gekommen, daß die Röntgenstrahlen in der Tat sichtbar sind, und zwar in einer Stärke von ca. $^1/_{100000}$ Normalkerze.

Über Masernosteomyelitis im Röntgenbild, eine seltene Komplikation, spricht Herr Riedinger jun.-Würzburg im Hinblick auf einen von ihm beobachteten Fall. Herr Ludloff-Breslau zeigt eine Reihe von Photogrammen mit Verletzungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, die ohne Röntgenbild einzig an ihren nervösen und sonstigen klinischen Symptomen nicht zu erkennen gewesen wären. Die Fraktur der Gelenkfortsätze vom Kreuzbein, die durch Hyperflexion oder Hyperextension hier zustande kommt, ist im Röntgenbild nur an ihren Kallusmassen und der Annäherung der Wirbelkörper aneinander zu erkennen.

Herr Levy-Dorn-Berlin berichtet über seine Erfahrungen auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und führt einige kinematographische Röntgenbilder vor. Für den vor der Photographie hervorragenden Wert der Schirmbetrachtung gibt er einige einschlägige Beispiele.

Herr Zondek-Berlin berichtet über einen sehr interessanten Fall von Aneurysma der Arteria cruralis, hervorgerufen durch eine traumatische scharfkantige Crista des Femur. Herr Wöhler-Wiesbaden, über Frühdiagnose der kindlichen Lungendrüsentuberkulose mit Projektionen.

In einer abendlichen Projektionssitzung wurde die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose und Kontrolle der Therapie der angeborenen Hüftluxation, für menschliche und tierische Mißbildungen und für die Rachitis sehr eingehend erörtert.

Der zweite Tag war der Technik der Durchleuchtung und Photographie, der Verbesserung der Resultate durch besondere Röhren, Blenden usw.

gewidmet. An den außerordentlich interessanten Vorträgen und Demonstrationen beteiligten sich in gleichem Maße Ärzte und Techniker.

Der dritte Tag beschäftigte sich ausschließlich mit dem noch nach vielen Richtungen hin nicht genügend erforschten Gebiet der Therapie durch Röntgenstrahlen. Zuerst wurde die Frage der Heilbarkeit des Karzinoms von mehreren Rednern diskutiert. Herr Lassar-Berlin sprach über den Wert und den ungeheuren Schaden, den die Röntgentherapie mit sich führen kann, je nachdem man vorsichtig oder leichtfertig mit derselben umgeht, und illustriert dies durch einige Beispiele aus der Praxis. Für den ungemeinen Wert der Röntgentherapie beim Karzinom demonstriert er eine Reihe von Pat., deren Aussehen vor der Behandlung an Moulagen gezeigt wird. Die Demonstrationen beweisen zum Teil, daß der große karzinomatös ulzerierte Tumor oberflächlich ausheilen kann, während das Gros des Tumors in der Tiefe noch persistent bleibt, während die Hautcancroide ausnahmslos geheilt worden sind. Auch die Hautsarkome, besonders die weichen, haben durch Röntgenbestrahlung Heilung gefunden, nachdem sie mehrfach operiert und rezidiviert waren. Die Lipomatosis wurde, wie Redner auch an einem Falle zeigt, ebenfalls durch Röntgenstrahlen günstig beeinflußt. Auf einige plötzliche Todesfälle, die während der Behandlungszeit aufgetreten sind, lenkt er noch die Aufmerksamkeit, und tritt der Frage näher, ob nicht die Röntgentherapie eine letale Wirkung auf das Allgemeinbefinden auszuüben imstande ist. Wieweit man nun mit der Röntgentherapie Karzinome überhaupt zu beinflussen vermag, sei noch nicht sicher. L. glaubt aber, daß die Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen nicht mehr als $^1/_2$ cm beträgt, daß also große, tiefe Tumoren nicht viel zu beeinflussen sind. Herr Leonard-Philadelphia demonstriert einige Photographien zur Frage der Heilung der Hautkarzinome und Pseudoleukämie durch Röntgenstrahlen. Herr Albers-Schönberg-Hamburg zeigt einen Fall von großem Sarkom des Kopfes, das durch Röntgenstrahlen geheilt ist. Die Herren Bouchacourt und Haret-Paris geben ebenfalls ihre durchaus günstigen Erfahrungen über die Karzinomtherapie durch Röntgenstrahlen, die sie mit dem Namen Endodiatherapie belegen, und demonstrieren eine von ihnen für Bestrahlung von tiefen Höhlen konstruierte Röhre. Über die Dosierung, die Methode und die Indikation zur Bestrahlung bei Karzinom sprechen weiter Herr Immelmann-Berlin im Namen von Herrn Comas-Barcelona und Herrn Belot-Paris. Sie vertreten im allgemeinen den von Herrn Lassar eingenommenen Standpunkt. Bei den größeren Tumoren hat im besonderen Herr Belot keinerlei Erfolg aufzuweisen, wenn die Bestrahlung nicht bis zur Hautreaktion fortgeführt wurde. In diesem Falle konnte er eine sichtbare Verkleinerung der Tumoren konstatieren.

Insbesondere über die Therapie des Mammakarzinoms hat Herr Unger-Berlin wenig günstige Erfahrungen an 18 Fällen aufzuweisen. Er will an mikroskopischen Bildern nachweisen, daß die Grenze der Wirkung der Röntgenstrahlen bei ca. 5 mm Tiefe erreicht ist. Er hat allerdings in diesem Falle nur 10 Sitzungen vorgenommen. Redner kommt zu dem Schluß, daß kein Fall von Karzinom bestrahlt werden soll, der noch operiert werden kann. Auf demselben Standpunkt steht im allgemeinen Herr Sjögren-Stockholm, doch glaubt er, daß die Frage noch nicht ganz geklärt ist.

Herr Heinz Wohlgemuth-Berlin stellt demgegenüber einen Fall von apfelgroßem ulzerierten Karzinom der Mamma vor, das, seit 7 Jahren bestehend, durch 52 Bestrahlungen von je 5 Minuten Dauer mit harten Röhren verschwunden ist, und zwar durch Schrumpfung ohne jede Abstoßung. Eine haselnußgroße Achseldrüse ist ebenfalls verschwunden. W. legt besonders Wert auf diesen Fall im Gegensatz zu Herrn Unger, da hier eine sichtbare Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen nicht abzustreiten ist. An Stelle des Tumor ist jetzt nur eine flache Narbe vorhanden. In einem Falle von inoperablem Uteruskarzinom hat W. seit mehr als $1^1/_2$ Jahren Besserung erzielt, Heilung bei einem Falle von schwerster, keiner Behandlung weichender Occipitalneuralgie. W. will in dem Karzinomfalle durchaus nicht von einer definitiven Heilung sprechen, nur dartun, daß die Röntgentherapie in gewissen Fällen, die nicht operiert werden können, auch mehrere Zentimeter

tiefe Tumoren zum Schwinden bringen kann. Er hat die Bestrahlungen nie so weit ausgedehnt, daß eine Hautreaktion eintrat, sondern sobald eine solche einzutreten schien, Pausen eintreten lassen. Er glaubt es diesem Umstande zuzuschreiben, daß das Karzinom nicht zerfallen ist und sich abgestoßen hat, sondern ohne jede merkbare Sekretion zurückgegangen ist. Ob die Röntgenstrahlen hier direkt letal auf die Karzinomzellen eingewirkt, ob sie die normalen Körperzellen durch ihre geringe Dosierung im Sinn einer besseren Verteidigung beeinflußt haben, die Frage muß noch offen bleiben. W. legt aber Wert darauf, daß bei der Behandlung tiefer Tumoren nur durchaus harte Strahlen angewendet werden, die die Haut nicht schädigen, d. h. von ihr nicht absorbiert werden.

Herr Schmidt-Berlin stellt eine Reihe von geheilten Cancroiden vor. Über die Dosierung der Bestrahlung und die Verbesserung der Apparate dazu sprechen weiter die Herren Goehl-Halle, Kienböck-Wien; Strebel-München über die Wirkung der äußeren Kathodenstrahlen bei der Therapie.

Zur Diskussion sprechen Herr Grunmach-Berlin in bezug auf die Heilung der Psoriasis, Herr Kolley-Insterburg, der die Karzinome alle, wie und wo sie auch angetroffen werden, der chirurgischen Behandlung vorbehalten wissen will. Herr Krafft-Straßburg und Herr Lewy-Dorn-Berlin legen bei der Therapie Wert auf die Intensität der Strahlen. Ersterer macht mit Recht darauf aufmerksam, daß man mit der Bestrahlung oft eine Zerstörung der Haut hervorruft, bevor man eine Wirkung auf das darunter liegende Gewebe ausübt, das getroffen werden soll, wenn man mit weichen Strahlen operiert. K. gibt noch ein sehr einfaches Verfahren an, die nächste Umgebung durch Aufstreichen einer Bismutpaste zu schützen. Herr Unger-Berlin empfiehlt bei der Beurteilung der Heilung der Karzinome etwas mehr Skepsis und Kritik.

Andere Redner machen auf das nicht selten auftretende Resorptionsfieber, Beschleunigung der Herztätigkeit, Vermehrung der Leukocytose bei der Bestrahlung aufmerksam.

Herr v. Poehl-St. Petersburg spricht über Versuche, die er mit Prof. Fürst Tarchanoff 1903 gemeinsam ausgeführt und die ihnen zeigten, daß verschiedene Lecithine die Radiumemanation fixieren. Solche radioaktivierten Lecithine werden zur subkutanen Injektion angewandt. Die Einführung solcher Akkumulatoren in die Blutbahn hat gewiß therapeutische Bedeutung. Nun haben die Lecithine der organotherapeutischen Präparate elektive Eigenschaften. Die Prüfung der radioaktivierten Organopräparate auf die photographische Platte zeigt, daß z. B. das Mammin und das Hepatin stark aktiviert werden können, und daß diese Aktivierung 3—4 Tage anhält.

Die Diskussion bewegt sich dann weiter über die Frage der beobachteten plötzlichen Todesfälle, von denen aber kein Fall so einwandsfrei ist, daß er der Bestrahlung zur Last gelegt werden kann. Es handelte sich um sehr alte Personen, nur in einem Falle um ein jüngeres Individuum, das aber an Sarkomen litt und nicht zur Sektion kam. Zum Schluß betonte Herr Wohlgemuth-Berlin noch einmal, daß ja nicht die Frage entschieden werden soll, ob nun die Karzinome und Sarkome chirurgisch oder mit Röntgenstrahlen behandelt werden sollen, sondern daß nur eine Anschauung erzielt werden soll, was mit der Röntgenbestrahlung, und nach welchem modus procendi zu erreichen ist.

Die zerstörende Wirkung der Röntgenstrahlen, insbesondere ihren deletären Einfluß auf die Biologie der drüsigen Organe — bekannt sind die Experimente auf die Tierhoden — haben Herrn Hennecart-Sedan Veranlassung gegeben, den Schutz der sozialpolitischen Gesetzgebung gegen event. beabsichtigte Wirkungen auf die drüsigen Sexualorgane anzurufen. Er betont eine Nécessité d'une législation speciale pour les rayons de Roentgen, und man kam überein, daß grundsätzlich von der allgemeinen und Medizinalgesetzgebung anerkannt werden müßte, daß die Untersuchung und Behandlung mit Röntgenstrahlen nur von Ärzten ausgeübt werden dürfe. Auf Antrag von Herrn Wolf Becher-Berlin wurde eine einstimmige Resolution dahin gefaßt, daß diese Erklärung den Staatsbehörden und ärztlichen Körperschaften unterbreitet werden soll. Herr Ehrenfried-Berlin

demonstrierte den Wert des Röntgenbildes zur Diagnose des Situs inversus, Herr Schürmeyer-Berlin über die normale und pathologische Zwerchfellbewegung im Röntgenbilde, wozu Herr Krafft-Straßburg bemerkt, daß die erschwerte Ausatmung bei vielen Pat. dadurch hervorrufen wird, daß, wie man im Röntgenbild erkennen kann, das abnorm hoch hinaufgehende Zwerchfell das Herz bedrängt, seine Basis, besonders die des hypertrophischen Herzens verbreitert. Herr Robinson-Wien) zeigt an Röntgenbildern, daß man durch Injektion reinen Sauerstoffs in die Gelenke Bänder, Knorpel usw. besser sichtbar machen kann. Zum Schluß spricht noch Herr Immelmann-Berlin über Orthodiagraphie und Orthophotographie des Herzens, Herr Weinberger-Wien über Dickdarmerkrankungen im Röntgenbild und Herr Drüner-Frankfurt a. M. über ein neues stereoskopisches Verfahren für die Lagebestimmung von Fremdkörpern. **Wohlgemuth** (Berlin).

---

16) **Holzknecht** und **Robinson.** Das Trochoskop, ein radiologischer Universaltisch.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 3.)

Verff. beschreiben die Vorzüge des nach ihren Angaben von Reiniger, Gebbert & Schall hergestellten radiologischen Untersuchungstisches.

Dadurch, daß die Röntgenröhre unter dem Tische angebracht ist und durch einfache Vorrichtung in jede beliebige Stellung gebracht werden kann, ermöglichen sich eine große Zahl von Durchleuchtungsrichtungen, die sonst unmöglich oder aber wegen ihrer Unbequemlichkeit nicht beliebt sind, so die dorsoventrale Aufnahme des Brustkorbes.

Es gestattet ferner das Trochoskop, die Vorteile der Kompressionsblende auch auf die Durchleuchtung anzuwenden, sodann Fremdkörperoperationen bei abwechselndem Tages- und Röntgenlicht. Endlich leistet das Trochoskop wichtige Dienste bei radiologischen Funktionsprüfungen und kann ebenso gut als Ortho- wie als Stereodiagraph Verwendung finden. **Gaugele** (Zwickau i. S.).

17) **Robinson.** Zur Vereinfachung der Blendentechnik. Die Winkelblende.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 3.)

Die meisten bisher angegebenen Blendenvorrichtungen bezweckten eine Ausschaltung der von der Glaswand der Röhre herrührenden Sekundärstrahlen (exogene Strahlen).

Nach den neuesten Forschungen ist es aber viel richtiger, die im Objekte selbst entstehenden sogenannten endogenen Strahlen unschädlich zu machen. Dies konnte aber durch die bisherigen »röhrenständigen« Blenden nicht erreicht werden; Verf. empfiehlt deshalb seine »objektständige« Winkelblende, die aus einem 1 mm dicken, beiderseits mit Kautschuk überzogenem Bleiplattenpaar besteht und das zu photographierende Objekt auf das genaueste abgrenzen läßt.

Als besondere Vorzüge nennt Verf. die leichte und praktische Anwendung seiner Winkelblende und ihre Billigkeit, während er andererseits die Unersetzlichkeit der Kompressionsblende von Albers-Schönberg für gewisse Aufnahmen (Lendenwirbelsäule, Kreuzbein, Nieren- und Blasensteine) vollauf anerkennt.

Gaugele (Zwickau i. S.).

18) **Djémil Pascha** (Constantinopel). Essais de traitement du cancer par les rayons Roentgen.

(Revue de chir. XXVI. ann. Nr. 1.)

Nach den günstigen Mitteilungen von Doumer, Lemoine und Perthes hat auch Verf. Versuche mit der Bestrahlung bösartiger — besonders Brustdrüsengeschwülste begonnen. Die erkrankten Stellen wurden 2 bis 15 Minuten, bei 25 cm Röhrenabstand in 40 bis 66 Sitzungen der Wirkung ausgesetzt, die 3mal

(bei zwei Brustkrebsen und einem Epitheliom der Nase) seit 5 Monaten andauernde Heilung und 3mal Besserung erzielte, darunter eine besonders auffallend bei einer äußerst heruntergekommenen Kranken mit Magenkarzinom.

D. sieht hierin eine bakterizide Wirkung der Bestrahlung und hofft, daß bei weiterer Entwicklung des Verfahrens die Indikationen seiner Anwendung wachsen werden. **Christel** (Metz).

19) **W. Ackermann.** Trauma and chronic compression of the epigastrium as etiological factors of gastric ulcers.

(Med. news 1905. Januar 14.)

Die immer noch strittige Frage von der Ätiologie des Magengeschwüres wird an der Hand von 16 poliklinisch behandelten Fällen erörtert und dabei in der Anamnese besondere Aufmerksamkeit traumatischen Einflüssen gewidmet. Obgleich Verf. dem Trauma im allgemeinen nur die Rolle eines Gliedes in der Kette der Ursachen des Magengeschwüres zuerkennt, so hält er dasselbe doch in den angeführten Fällen für ausschlaggebend.

Alle Fälle bis auf einen bieten nebenbei soziales Interesse, weil sie sich auf länger einwirkende, berufliche Schädlichkeiten zurückführen lassen.

Es werden nämlich in den Anamnesen einerseits gebückte Haltung, wie sie bei Näherinnen, Schneidern, Schreibern usw. zum Tagwerke gehören, andererseits Druck von Gegenständen auf das Epigastrium, wie eine zu enge Koppel und das Tragen schwerer Lasten mit Hilfe Anstemmens an den Brustkorb dafür verantwortlich gemacht.

In einem Falle hatte ein Hufschlag ein Magengeschwür hervorgerufen, welches später karzinomatös degenerierte.

In Anbetracht der beruflichen Natur des Traumas in den beschriebenen Fällen spielt die Prophylaxe therapeutisch die Hauptrolle. **Hofmann** (Heidelberg).

20) **J. S. Chenoweth.** Appendicitis, as a visceral manifestation of erythema exsudativum multiforme.

(Med. news 1905. März 4.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Erythema exsudativum multiforme, das unter sehr stürmischen Erscheinungen verlief und mit einem Appendicitisanfalle beide Male verbunden war. Die Fälle betrafen einen 14- und einen 15jährigen Knaben. Ersterer hatte das Erythem schon zu wiederholten Malen. Da in beiden Fällen die klinische Diagnose keinen Zweifel ließ, wurde operiert. Der Wurmfortsatz hatte beidemal eine dicke, gequollene Wandung. Letztere, sowie das Mesenteriolum zeigten sich hämorrhagisch infarziert. Das Innere des Wurmfortsatzes enthielt das eine Mal koaguliertes Blut und Eiter, das andere Mal schleimigen Inhalt. Dem entsprach auch, daß die klinischen Erscheinungen des ersten Falles alarmierender waren. Verf. nimmt somit eine Infektion des Extravasates an.

Leider ist über den interessanten pathologischen Befund kein mikroskopischer Bericht gegeben. Es wäre das um so wünschenswerter, als der hier bestehende Zusammenhang zwischen Blutung und Infektion für die Meisel'sche Theorie der Thrombose der Mesenterialgefäße eine Stütze zu bieten scheint.

Hofmann (Heidelberg).

21) **Bobbio.** Due casi di rottura traumatica sottocutanea dell' intestino libere.

(Giorn. di R. accad. di med. di Torino 1905. Nr. 3.)

Zwei Fälle von Ruptur der Wand einer Hernie, einmal durch Fall auf den Bauch, das andere Mal durch Fußtritt gegen die Leistengegend. Symptome von Peritonitis bei reponibler Hernie. Beide Kranke starben trotz Operation. Die gerissene Schlinge fand sich innerhalb des Bauches nahe der Bruchöffnung. In der Literatur finden sich nur drei sichere Fälle. Die Ruptur kann zustande kommen entweder durch direkte Quetschung der Darmes oder durch Platzen einer ge-



füllten und im Leistenkanale fixierten Schlinge. Im letzteren Falle muß der Riß an der Konvexität der Schlinge liegen. In den Fällen B.'s scheint dies der Fall gewesen zu sein, im ersten verlief er parallel, im zweiten senkrecht zur Darmachse.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

22) **A. Sellenings.** Superficial inguinal hernia, with report of a case.

(Med. news 1905. März 18.)

Die von Küster unter dem Namen der inguino-superficialen Hernien beschriebenen Brüche werden durch einen weiteren bereichert. Die Gesamtzahl der mitgeteilten Fälle berechnet Verf. auf 27.

Im vorliegenden Falle handelt es sich, wie bei fast allen beobachteten interparietalen Hernien, um einen eingeklemmten Bruch. In diagnostischer Beziehung macht Verf. auf eine Schwierigkeit aufmerksam, die schon Macready erwähnt, nämlich, daß ein Schenkelbruch vorgetäuscht werden kann. Auch im vorliegenden Falle wurde zuerst ein solcher diagnostiziert.

Ein eigentlicher Leistenkanal bestand nicht, und es lagen innerer und äußerer Leistenring in einer geraden Richtung. Die Inkarzeration wurde durch den inneren Leistenring hervorgerufen. Der Hoden lag im Leistenkanal und war atrophisch. Ein Abpräparieren des Samenstranges war unmöglich, so daß der Hoden geopfert werden mußte.

Verf. bekennt sich zu der Anschauung, daß eine mangelhafte Entwicklung des Gubernaculum Hunteri die Ausbildung der superficialen Hernie dadurch begünstige, daß der Bruchsack seinen Weg nach der Gegend des geringsten Widerstandes, d. h. unter die Haut nehme. **Hofmann** (Heidelberg).

23) **Bainbridge.** Multiple herniae.

(Buffalo med. journ. 1905. April.)

Fall von multipler Hernienbildung bei einer 45jährigen Frau, nämlich einem Schenkelnetzbruch und von fünf Brüchen in der Linea alba. Die oberste war eine kleine Hernia epigastrica mit Netzinhalt, darunter eine Entero-Epiplokele des Nabels; die drei nächsten, unterhalb des Nabels liegenden, enthielten ebenfalls Netz bezw. Darm, die unterste war eine typische, kleine, epigastrische Hernie mit präperitonealem Lipom und Netzzipfel. Alle Hernien wurden in einer Sitzung operiert, und außerdem noch gleichzeitig eine Ausschabung der Gebärmutter und Ventrofixation und schließlich noch eine Entfernung des erkrankten Wurmfortsatzes vorgenommen! Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

24) **P. A. Baratynski.** 250 Operationen wegen Hernien.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Aus diesem Bericht über 186 Bruchleidende sei folgendes hervorgehoben.

Von den verschiedenen Methoden der Radikaloperation kamen die Bassini-sche und die Kocher'sche am häufigsten zur Anwendung: Bassini 83mal, Kocher 39mal (und zwar die Invaginationsverlagerung 23mal, die Verlagerungsmethode 16mal). Bassini kam hauptsächlich zur Anwendung bei Pat. im 4. und 6. Jahrzehnt mit größeren Brüchen und Bruchpforten: Infektionen 12,2%, Rezidive 9,2%. Kocher kam häufiger zur Ausführung bei den übrigen Jahrzehnten mit kleineren Brüchen und Bruchpforten: Infektionen 7,2%, Rezidive 18%. Hinzuzufügen ist, daß bei der Kocher'schen Operation häufiger zu versenkten Nähten Rentiersehnen verwendet werden, die sich als ganz unbrauchbar für Hernien erwiesen haben. (Ein Pat. bekam sowohl nach Kocher, wie nach Bassini sein Rezidiv, und zwar nach 5 resp. 8 Monaten.)

B. ist auf Grund eigener und fremder Erfahrung ein Gegner der Taxis, zumal wenn der Bruch länger als 12 Stunden eingeklemmt ist. Sie sollte überhaupt nur versucht werden, wenn die Operation kontraindiziert ist.

V. E. Mertens (Breslau).

25) **A. E. J. Barker.** Three cases illustrating the condition of the small intestine some years after extensive enterectomies.

(Lancet 1905. April 22.)

Verf. hatte Gelegenheit, drei Pat. zu relaparotomieren, die jahrelang vorher wegen Ileus usw. ausgedehnte Darmresektionen durchgemacht hatten. Er fand eine außerordentliche Wandatrophie, Schlaffheit und peristaltische Trägheit der proximal von den Resektionsstellen gelegenen bezüglichen Dünndarmschlingen. Er führt diese Dauerzustände, die subjektiv und objektiv keine bestimmten Beschwerden machten, nicht sowohl auf die Erschöpfung durch Überdehnung des Darmes infolge des früher vorhandenen Hindernisses zurück, als vielmehr auf frühere Schädigung der ganzen Darmwand durch Sättigung mit Toxinstoffen aus dem fermentativen Inhalte des Darmtraktus. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

26) **Glöye.** Ein Fall von multipler Knochenbrüchigkeit.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

In der chirurgischen Universitätsklinik in Kiel wurde ein 16jähriger Dachdeckerlehrling mit Oberschenkelbruch aufgenommen, der bis zu seinem 16. Lebensjahre an beiden Beinen nicht weniger als zehn Frakturen und Infraktionen erlitten hatte, die sämtlich ohne jede schwerere Gewalteinwirkung, zum Teil auch spontan, eingetreten waren. Konstitutionsanomalien, Rachitis usw. nicht nachweisbar Sämtliche Knochen auffallend dünn und schwächlich. Die Röntgenuntersuchung ergibt hochgradige Atrophie des Knochengewebes, das fast nur aus Spongiosagewebe besteht. Die Corticalis der Röhrenknochen fehlt fast gänzlich. Therapie außer der lokalen Extensionsbehandlung Phosphorlebertran und Thyreoidintabletten. G. sieht hierin einen Fall von echter idiopathischer Osteopsathyrosis. Bezüglich der Pathogenese schließt G. sich der Ansicht Schuchardt's an, nach welcher diese Erkrankung auf einer periostalen Dysplasie beruht.

Deutschländer (Hamburg).

27) **Vormann.** Über einen mit Hilfe des Röntgenbildes festgestellten Fall von hochgradigen Knochenzerstörungen bei Gicht.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1905. Hft. 2.)

Die Röntgenographie der linken Hand eines Gichtikers zeigte muldenförmige Auskehlungen an den Rändern der Fingerglieder, ferner als helle Stellen erscheinende kleine Hohlräume in den Phalangen selbst. Diese Auskehlungen und Hohlräume entsprechen den durch die im Röntgenbilde nicht sichtbaren, eingelagerten Harnsalze hervorgerufenen Knochenzerstörungen. **Herhold** (Altona).

28) **Hebert.** Deux cas de rhumatisme chronique évoluant sur terrain rachitique.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 6.)

Verf. stellt zwei Beobachtungen bei Frauen in höherem Alter zusammen mit chronischem Rheumatismus — nach der Beschreibung deformierenden Charakters —, wo die Veränderungen sich eigentümlicherweise hauptächlich auf die Gelenke beschränkten, die in der Jugend Sitz hochgradiger rachitischer Erkrankung waren. Es liegt nahe, in diesen Gelenken einen Locus minoris resistentiae anzunehmen, auf welchem sich der spätere Gelenkrheumatismus festsetzte.

Herm. Frank (Berlin).

29) **N. M. Wolkowitsch.** Zur Frage der operativen Heilung der Tuberkulose der großen Gelenke der Extremitäten, speziell deren Resektion.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Der relativ kurzen Arbeit liegen 92 Gelenkresektionen (16 Hüften, 28 Knie, 33 Fußgelenke inkl. Talocruralgelenk, 11 Ellbogen, 4 Handgelenke) zugrunde. Bei der Fülle der gebrachten Einzelheiten ist es leider unmöglich auf alles einzugehen.

W. läßt eine konservative Behandlung gelten, wo ein deutlicher, wenn auch unterbrochener Fortschritt zum Besseren wahrzunehmen ist, sonst aber operiert er. Offenbar ist er ein Anhänger der operativen Therapie. Hohes Alter ist für ihn keine Kontraindikation; sein ältester Pat. (»modifizierter Wladimiroff-Mikulicz«) war 73 Jahre alt. Getreu seinem Grundsatze, daß die Kranken vor allen Dingen wieder — und zwar ohne Krücken — auf die Beine zu bringen sind, macht er die Gelenkresektion auch bei bestehender Lungenaffektion; durch Elimination des fistulösen, schwächenden Gelenkherdes wird der Pat. gekräftigt zur Überwindung der Lungenkrankheit. Nur die Operation gibt einige Aussicht auf Dauerheilung; denn scheinbar ausgeheilte Herde können plötzlich wieder aufflackern usw.

Bei den Operationen wird vor allen Dingen danach gestrebt, daß die Gelenke überhaupt nicht eröffnet werden, sondern auch nach Durchsägung der Knochen vollständig geschlossen sind. Nächst genauer Adaptierung der Sägeflächen wird sodann in erster Reihe darauf gesehen, daß keine toten Räume in der Wundhöhle entstehen, die die Heilung verzögern, wodurch wiederum das Auftreten von Rezidiven in den Knochen begünstigt wird. **V. E. Mertens** (Breslau).

30) **J. Fessler.** Über erstarrende Verbände, besonders Gipsverbände mit Drahteinlagen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 1.)

Um den Gipsverband, der in der Hand des praktischen Arztes so überaus wichtig ist, von geringerem Gewichte herzustellen, empfiehlt Verf., in diesen Verband, der nach der gewöhnlichen Methode angelegt wird, Drahteinlagen einzuwickeln. In den meisten Fällen wird schon ein Messingdrahtnetz von etwa 0,5 mm Dicke, 2 zu 4 mm Maschenweite genügen, wie es in den meisten Drahtgespinstfabriken vorrätig ist. Derartige Verbände haben neben anderen Vorzügen den großer Billigkeit.

Als Ersatz des Gipsbreies kann man auch flüssiges Zelluloid zum Bindemittel verwenden; doch brauchen solche Verbände einige Tage zur Herstellung.

Hartmann (Kassel).

31) **P. Tridon.** Un cas de surélévation congénitale de l'omoplate.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

26monatiges Mädchen mit linksseitigem Schulterhochstand, welcher im 5. Lebensmonate zum erstenmal bemerkt wurde. Kein Anhalt zur Erklärung der Entstehungsweise. Vorläufig scheinen noch keine Funktionshemmungen vorzuliegen, trotz fast vollkommener Unbeweglichkeit des Schulterblattes, welche den Verdacht auf knöcherne Fixation nahelegt. Im Röntgenbilde würde in diesem Stadium der Knorpelbildung natürlich noch keine Entscheidung zu finden sein.

Herm. Frank (Berlin).

32) **Jardry.** Myosite ossifiante du brachial antérieur après hématome chez un hémophile.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 6.)

Ein 4½jähriges Bluterkind — auch zwei Brüder sind Bluter in der sonst gesunden Familie — fällt durch einen Stoß auf die Knie und fährt mit dem Kopfe gegen eine Wand, wobei es das Gesicht mit dem vorgehaltenen Ellbogen schützt. Bluterguß am Ellbogen, dessen Gelenk sich versteift. Erst nach 5 Monaten wird es dem Arzte gezeigt, welcher auch im Röntgenbilde eine bogenförmige knöcherne Brücke zwischen Ober- und Unterarm findet, verknöcherte Muskelsubstanz.

Herm. Frank (Berlin).

33) **Schilling.** Ein Fall von doppelseitiger Synostose des oberen Radius- und Ulnaendes.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Bericht über ein 11jähriges Mädchen, welches rechts eine Synostose mit gleichzeitiger Verrenkung des Radiusköpfchens und Wachstumsverkürzung des Radius,

links nur eine Synostose zwischen Radiusköpfchen und Ulna hatte. Auf der linken Seite wurde operativ eingegriffen und durch Interposition eines gestielten Muskellappens ein befriedigendes funktionelles Resultat erzielt. Die Ätiologie dieses Prozesses ist unklar. Es ist zweifelhaft, ob es sich um ein angeborenes oder um ein später erworbenes Leiden handelt. Der Umstand, daß sich bei der Operation auf der linken Seite keine Corticalisschicht als deutliche Knochengrenze feststellen ließ und die Spongiosa des Radius direkt in die der Ulna überging, ferner das Fehlen eines Trauma in der Anamnese und die Doppelseitigkeit des Leidens scheinen dem Verf. für eine allerdings bisher noch nicht beobachtete angeborene Erkrankung zu sprechen. **Deutschländer** (Hamburg).

34) **E. Jouon.** Déformation de l'avant bras par arrêt de dévellopement de l'extrémité inférieure du cubitus, de cause inconnue.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Es handelt sich um ein jetzt 11jähriges Mädchen, bei welchem die charakteristische Umbiegung des Armes nach der ulnaren Seite erst vor 2 Jahren sich bemerkbar gemacht hat, wie mit aller Bestimmtheit versichert wird. Das Interessante liegt in dem Fehler jeglicher Erklärung für das Entstehen desselben, keine Verletzung, kein Virus, keine Rachitis, weder eine allgemeine, noch sonstige örtliche Störung. **Herm. Frank** (Berlin).

35) **C. Nélaton.** Du traitement de l'ankylose du poignet d'origine blennorrhagique.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Bei gonorrhoischer vollkommener Handgelenksversteifung hat der Autor in einem Falle nach Resektion einer Handwurzelknochenreihe ebenso wie nach einer zweiten Resektion der übrigen Handwurzelknochen und Einschiebung eines Sehnenstreifens vollen Mißerfolg gesehen, dagegen in einem zweiten Falle, wo statt des letzteren Muskelfleisch eingelagert wurde, ein vortreffliches Ergebnis bezüglich Beweglichkeit und Kraftentwicklung erzielt. Das Muskelstück von etwa 4 cm Länge und 2 cm Breite wurde dem äußeren Rande des M. extensor communis mit breiter Sehnenbasis entnommen. Wichtig ist vollkommene Blutstillung.

Herm. Frank (Berlin).

36) **Ross.** Beitrag zur Lehre von den schnellenden Fingern.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Bericht über zwei Fälle. In dem einen handelte es sich um eine spindelförmige Verdickung des Flexor sublimis dig. IV dicht vor der Gabelung, in dem anderen um ein abnorm bewegliches, an der Basis der Endphalange des Daumens fixiertes Sesambein von der Größe einer halben Erbse, welches sich bei der Streckung zwischen die Gelenkflächen schob. In beiden Fällen glatte Heilung durch Exstirpation. **Deutschländer** (Hamburg).

37) **E. Roucayrol.** Contribution à l'étude de la syndactylie et de l'ectrodactylie.

(Revue d'orthpédie 1905. Nr. 1.)

Interessant an dem 18jährigen Arbeiter ist neben der seltenen Lokalisation der Finger- und Zehenverbildungen — Verwachsung des Daumens und Zeigefingers (daneben ein überzähliger Fingerstummel) und Fehlen zweier Zehen und Mittelfußknochen aus der Mitte des Fußes (II und III), nicht von den Seitenteilen — die Familienbelastung: Großmutter und Oheim haben Ektrodaktylie, seine Mutter ist zweimal verheiratet. Die Kinder der ersten Ehe mit einem Nichtblutsverwandten sind normal; von den fünf Kindern der zweiten Ehe mit einem Vetter — bei welcher also beide Teile an sich normal aber erblich belastet sind —, haben die drei Söhne Ektrodaktylie, die beiden Mädchen sind normal gebildet.

Herm. Frank (Berlin).



38) **C. Ritter.** Eine Modifikation der Dittel'schen Stangen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 1.)

Da die Dittel'schen Stangen bei Beckenverbänden in ihren oberen Partien nicht in den Verband einbezogen werden können, kann auch der Halt, den ein solcher Verband dem Pat. geben soll, schon bei normaler Lordose kein idealer sein, und der Verband wird sich daher noch weniger gut der Form anschmiegen, wenn wir es mit einer stärkeren Krümmung der Wirbelsäule zu tun haben. An der Hand mehrerer Abbildungen beschreibt R. einen kleinen Apparat, der diesen Fehler vermeiden soll. Zwei abgerundete Dittel'sche Stangen, die an dem einen Ende durchlocht sind, werden durch einen Stift auf den Falz eines oder zweier breiter eiserner Fußgestelle gelegt. Mit dem anderen Ende kommen sie auf ein Bänkchen zu liegen. Während nun der Oberkörper des Pat. allein auf einem harten Kissen ruht, schweben Becken und Beine vollkommen frei auf den Stangen, so daß sie von allen Seiten bequem mit Bindentouren umgangen werden können. Ist der Verband angelegt, lassen sich die Stangen äußerst bequem aus ihm herausziehen.

In neuerer Zeit benutzt R. ein etwas handlicheres Gestell, das an jeder Tischplatte befestigt werden kann. Die eisernen Fußgestelle sind durch Eisenhülsen ersetzt, die sich in einem länglichen eisernen Rahmen hin und her bewegen lassen, und die in jeder gewünschten Stellung durch Schrauben fixiert werden können.

Hartmann (Kassel).

39) **Meyer.** Beitrag zur Kasuistik der akuten Beckenosteomyelitis.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

M. berichtet über drei mit Aufmeißlung behandelte Fälle von akuter Beckenosteomyelitis, von denen einer geheilt wurde, die anderen starben. Der geheilte Fall gehörte der umschriebenen Form an; der Sitz der Erkrankung lag mehr in den hinteren Teilen des Darmbeines, der Prozeß griff sogar zum Teil schon auf das Kreuzbein über. Bei den beiden anderen war die Erkrankung mehr diffus und in den der Pfanne benachbarten Teilen lokalisiert. Bezüglich der Therapie empfiehlt M., sich nicht bloß auf die Spaltung der vorhandenen Abszesse zu beschränken, sondern gleichzeitig auch den Knochenherd aufzumeißeln.

Deutschländer (Hamburg).

40) **Brinkmann.** Zwei Fälle von Exarticulatio coxae wegen tuberkulöser Koxitis.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Mit Rücksicht auf die Seltenheit dieses Eingriffes bei der streng konservativen Behandlung berichtet B. über zwei Fälle, in denen nach jahrelanger erfolgloser konservativer Behandlung — in dem ersten ca. 20 Jahre, in dem zweiten etwa 2 Jahre — zunächst zur Resektion und, als hierauf keine Besserung des schweren Allgemeinzustandes eintrat, zur Exartikulation der Hüfte mit Resektion von Beckenpartien geschritten werden mußte. In dem ersten Falle, in dem es sich um einen 21jährigen jungen Mann handelte, konnte nach einem Jahre vollständige Genesung und eine den Verhältnissen entsprechende Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. In dem zweiten Falle — 12jähriger Knabe — war gleichfalls eine deutliche Besserung erreicht worden. Allerdings bestanden noch mehrere Fisteln, die eine halbseitige Resektion des Beckens erforderlich gemacht haben würden; doch mußte mit Rücksicht auf den schwächlichen Zustand des Pat. vorderhand von dieser Operation noch Abstand genommen werden. **Deutschländer** (Hamburg).

41) **Ferraton.** Hanche à ressort. Ressaut fessico-trochantériens.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Das Phänomen, das der Verf. schnappende Hüfte nennt, hat mit dem Gelenke nichts zu tun, sondern zeigte sich bei einem 22jährigen Soldaten in einem laut hör- und fühlbaren Überspringen, wenn bei kontrahiertem Glutaeus major eine Beugung und Streckung im Hüftgelenke bei einem Winkel von ca. 15° ausgeführt wurde.

Es entsteht, wie auch die operative Freilegung der Gegend bestätigte, dadurch, daß die äußeren stark angespannten Muskelteile bandförmig über den Trochanter major hinüberspringen. Die Affektion ist nur einseitig und wird willkürlich, unter angeblibh heftigen Beschwerden, Hinken usw. von dem militärdienstunlustigen Manne zur Erscheinung gebracht. **Herm. Frank** (Berlin).

42) **F. Lastaria.** Atrophie congénitale du femur gauche.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 6.)

Bei einem 10jährigen Mädchen fand sich eine auf angeborene Entwicklungshemmung bezogene schwächere Ausbildung des linken unteren Gliedes bei 3,5 cm Verkürzung des Oberschenkels und Zurückbleiben der entsprechenden Beckenhälfte mit statischer Skoliose, aber ohne Gelenkstörungen.

Herm. Frank (Berlin).

43) **Le Roy des Barres.** Anévrisme de l'artère fémorale dans le canal de Hunter.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 34.)

Der 55jährige Pat. bemerkte zufällig eine kleinnußgroße, pulsierende Geschwulst an der Innenseite seines linken Oberschenkels. Es wurde ein Aneuysma der Femoralis im Hunter'schen Kanal diagnostiziert und außer einem komprimierenden Verband eine Schmierkur und Jod innerlich verordnet. Erfolg hatte diese Behandlung nicht, dagegen erlebte Pat. zwei Anfälle von Entzündung, die schnell zurückgingen.

Inzwischen wuchs die Geschwulst bis zur Größe einer mittleren Zitrone und belästigte den Pat. beim Gehen so, daß operiert wurde. Nachdem die Arterie oben und unten abgeklemmt und das Aneurysma ausgeräumt war, gelang es nicht ohne Mühe, den Sack herauszupräparieren, wodurch die Kontinuität der Arterie auf ca. 10 cm unterbrochen wurde. Pat. war hinfort beschwerdefrei bis auf Ameisenlaufen nach langem Sitzen. Keine Ödeme.

In der Wand des Sackes, die stellenweise sehr dünn war, wurden einige atheromatöse Plaques gefunden. **E. V. Mertens** (Breslau).

44) **Toussaint.** Exostoses mobiles et bursite traumatique de la patte d'oie.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Verf. fand bei einem 23jährigen Soldaten im Schleimbeutel unter den Sehnen des sartorius, semitendinosus und gracilis drei bewegliche Osteochondrome, welche auf ein Trauma 5 Jahre zuvor bezogen werden. Die Entstehung denkt sich Verf., analog den Exostosen am Oberschenkel, durch Keimversprengung von dem oberen Tibiaepiphysenknorpel, der damals noch aktiv war. **Herm. Frank** (Berlin).

45) **Antoine.** Traitement des hydarthroses et hémarthroses du genou par l'air surchauffé.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 3.)

Verf. hat durch Trauma hervorgerufene Kniegelenksergüsse mit heißer Luft (120°) behandelt und nach seiner Ansicht dadurch sehr schnelle Heilung und gute funktionelle Resultate erzielt. Es wurde täglich einmal 1 Stunde die heiße Luft angewandt, außerdem täglich das Gelenk einmal massiert. Auch seröse rheumatische und gonorrhoische Entzündungen des Gelenkes wurden relativ schnell durch diese Behandlung beseitigt. **Herhold** (Altona).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 25. Sonnabend, den 24. Juni. 1905.

1) **Moreau.** Contribution à l'étude de l'oedème dur traumatique.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belg. 1904. Nr. 11.)

Nachdem M. zunächst ein Resumee unserer bisherigen Kenntnisse über das harte traumatische Ödem — das auch als Secrétan'sche Krankeit, von L. Krause als holzartige Entzündung des Bindegewebes bezeichnet wird — gegeben, bringt er zwei Beobachtungen, eine von Brouardel und eine eigene, die er sehr ausführlich beschreibt und durch zwei Abbildungen erläutert. Seine Schlußfolgerungen sind folgende:

1) Unter der Wirkung abgeschwächter Mikroben kann im Bindegewebe eine eigenartige chronische Infiltration zustande kommen, welche

sich vom einfachen Ödem und vom gewöhnlichen entzündlichen Exsudat wesentlich unterscheidet.

2) Diese Infiltration hat die ausgesprochene Neigung, sich in hartes Bindegewebe umzuwandeln, und resorbiert sich nach und nach langsam von selbst.

3) Oft ist sie scharf begrenzt; zuweilen hat sie Neigung fortzuschreiten.

4) Charakteristisch ist der langsame Verlauf und die Erfolglosigkeit jeder Therapie, wie sie bei sonstigen Ödemen und Entzündungen angewendet wird. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

---

2) **J. Morton.** Memoranda relating to the discovery of surgical anesthesia, and Dr. William T. G. Morton's relation to this event.

(Post-graduate 1905. April. p. 333.)

Eine für den, der sich für die Geschichte der Chirurgie interessiert, wertvolle Publikation. Zusammenstellung von Briefen, Zeitungsnotizen usw., welche uns mit der Persönlichkeit dieses Mannes und mit den Einzelheiten seiner großen Entdeckung bekannt machen. Zwei Illustrationen von vorzüglicher Ausführung zeigen das Porträt Morton's und die Darstellung der ersten Narkose.

W. v. Brunn (Rostock).

---

3) **D. v. Niederhäusern.** Die Skopolamin-Morphiumnarkose.

Inaug.-Diss., Bern, 1905.

Da noch große Widersprüche hinsichtlich der Dosierung in der Skopolamin-Morphinnarkose bestehen, wie aus der Literatur, die Verf. in der Einleitung bespricht, hervorgeht, auch das Verfahren noch als sehr gefährlich erscheint, insofern drei Todesfälle und mehrere schwere Herz- und Lungenstörungen auf etwa 500 Narkosen kommen, so hat Verf. im Diakonissenhaus Salem (Prof. Dumont) in Bern Versuche mit dem Merck'schen Skopolaminum hydrobromicum angestellt. — Bei Injektionen mit Skopolamin allein fand Verf., daß auf Dosen von 2—3 dmg nur ganz jugendliche Individuen oder mit einer besonderen Empfindlichkeit behaftete Erwachsene reagieren. Auch auf 5 dmg Skopolamin tritt nicht regelmäßig eine Reaktion, jedenfalls kein Schlaf ein. Die Pulsfrequenz wird durch solche Dosen bald gesteigert, bald nicht. Nach kombinierten Injektionen zeigte sich eine deutliche Reaktion erst bei Dosen von 6 dmg Skopolamin + 2 cg Morphium. Die Schmerzempfindung war dabei aber nicht herabgesetzt. Nach Dosen von 8 dmg Skopolamin + 2 cg Morphium stellte sich wohl unter Zunahme der Pulsfrequenz leichtes Schlafbedürfnis ein, aber keine Herabsetzung der Schmerzempfindung. Dasselbe war auch der Fall bei Injektionen nach den neuesten Vorschriften von Korff.

Verf. teilt dann 20 Krankengeschichten mit von Anwendung der Skopolamin-Morphiumnarkose bei Operationen. Es wurden die Me-

thoden von Schneiderlin, von Korff und von Hartog angewendet, aber mit keiner ein nennenswerter Erfolg bei der dortigen Bevölkerung erreicht, so daß die Versuche aufgegeben wurden, und Verf. zu dem Ergebnis kommt, daß Skopolamin-Morphiuminjektionen eine vollständige Narkose auch mit nur annähernder Sicherheit nicht erzielen, daß weder die Weite der Pupillen noch die Steigerung der Pulsfrequenz als Maß für das Überwiegen der Skopolaminwirkung oder der narkotischen Wirkung gelten können. Hingegen wirken kleine Gaben, 5 dmg Skopolamin + 1 cg Morphium $^1/_2$ Stunde vor der Äthernarkose injiziert, insofern günstig, als das Exzitationsstadium des Äthers herabgesetzt wird, keine übermäßige Salivation und postoperatives Erbrechen fast nie stattfindet. Ganz ähnlich sollen die in Salem üblichen Morphin-Atropininjektionen vor der Narkose wirken; nur soll bei Skopolamin-Morphium der Ätherverbrauch geringer, der postoperative Schlaf vielleicht etwas länger sein. **E. Moser** (Zittau).

---

4) **Clairmont** und **Haberer**. Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie des Peritoneums.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

Der erste Teil der Versuche der Verff. erstreckt sich auf die Verhältnisse der intraperitonealen Resorption. Nach intraperitonealer Injektion von Jodkali trat die Jodreaktion im Urin mit individuellen Schwankungen nach 15—30 Minuten auf. Nach 30 Minuten fehlte sie nur ausnahmsweise. Schwerer erschien die Beurteilung des Verschwindens der Jodausscheidung. Meist zog sich die letztere über zweimal 24 Stunden hinaus. Weiterhin erwiesen ausgedehnte Experimente, daß die Resorptionsverhältnisse der Peritonealhöhle durch die einfache Laparotomie, sowie durch kurze oder länger dauernde Eventration der Därme ungünstig beeinflußt werden, am meisten durch Eventration. Durch die beständige Spülung mit warmer physiologischer Kochsalzlösung gelingt es, diese ungünstige Beeinflussung zu mildern, aber nicht, sie vollständig aufzuheben. Im Gegensatze zu den Resultaten von Klapp wurde nur eine Verlangsamung, nie eine Beschleunigung der Resorption gefunden.

Ein- oder mehrmalige Lufteinblasungen in die Bauchfellhöhle blieben gleichgültig für das Peritoneum. Den Einfluß der Darmperistaltik auf die Resorption zu prüfen, wurden die bekannten Alkaloide benutzt. Mit Physostigmin schien eine Beschleunigung der Jodausscheidung erreicht zu werden; indessen lag der Abschluß der Aufsaugung in normalen Grenzen. Die Atropinversuche ergaben ein unbestimmtes Resultat. Morphininjektion bewirkte eine Verlangsamung der Resorption in der Weise, daß in den ersten Stunden weniger Jod ausgeschieden ward. Nach 13 Stunden war aber die Ausscheidung der bei nicht injizierten Tieren gleich. Die Annahme, daß im ersten Stadium der Peritonitis Resorptionsverlangsamung bestehe, konnten die Verff. nicht bestätigen; sie fanden im Gegenteile bei einschlägigen

mit den verschiedenartigsten Mitteln angestellten Versuchen eine Resorptionsbeschleunigung. Die Ausschaltung des Zwerchfelles durch Bepinselung mit Kollodium verzögerte die Resorption sehr wesentlich. Nach 30—35 Minuten war bei keinem Tiere Jod im Urin zu konstatieren. Physostigmin kann auch bei derartiger Zwerchfellsausschaltung durch Vermehrung der Darmperistaltik die Aufsaugung rascher gestalten.

Aus den Versuchen über die peritoneale Leukocytose und Phagocytose ergab sich das Resultat, daß in dem Verhalten dieser Vorgänge kein nennenswerter Unterschied nach trockener und feuchter Eventration bestand. Es kam stets zu einer reichlicheren Leukocytenauswanderung. Die Leukocyten entwickelten anfangs eine energische Phagocytose, die rasch erlahmt und dann beträchtlich hinter der Norm zurückbleibt. Ob die Resorption durch die Blut- oder Lymphgefäße des Zwerchfells besorgt wird, lassen Verff. dahingestellt. Es ist anzunehmen, daß es kein Teil ausschließlich ist, obschon nach den Untersuchungen von v. Recklinghausen und neuerdings von Küttner den Lymphbahnen die wesentliche Bedeutung zukommt. Die Resorption aus der Peritonealhöhle ist weder ein rein physikalischer Vorgang noch an eine vitale Zelltätigkeit des Endothels geknüpft. Der Anteil, der nicht durch Diffusion und Osmose allein zu erklären ist, dürfte auf dem Wege der Lymphgefäße erfolgen. Bezüglich der Pathogenese der Peritonitis sehen die Verff. die Virulenz der infizierenden Bakterien als das ausschlaggebende Moment an, und zwar ziehen sie vor allem eine die Endothelzellen schädigende toxische Wirkung in Betracht, welche, ebenso wie man es mit Krotonöl oder Terpentinöl bewirken kann, die Peritonitis einleitet.

Bezüglich der Therapie der Bauchfellentzündung können sich beide Autoren auf Grund von 87 Versuchen nicht der Ansicht Reichel's anschließen, daß die Kochsalzspülungen nur eine Spielerei seien. Sie halten die feuchte Eventration und Spülung für das normale wie für das entzündete Bauchfell als Prophylaxe, sowie als Therapie der Peritonitis für die zweckmäßigste Methode.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

5) **Haberer.** Beitrag zur Appendixfrage mit besonderer Berücksichtigung von Dauerresultaten.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

Auf Grund des Materiales in der v. Eiselsberg'schen Klinik hält H. die Frühoperation bei Appendicitis während der ersten 48 Stunden des Anfalles für die idealste Therapie, weil sie die weitere Entwicklung abschneidet. Nach 48 Stunden ist von Frühoperation nicht mehr zu sprechen. In diesem Abschnitte des akuten Anfalles wurden keine guten Erfahrungen mit der Operation gemacht, insofern unter elf Fällen zwei starben, fünf per secundam intentionem heilten, weitere vier Pat. im ferneren Verlaufe Schmerzen bekamen. Deshalb hält es Verf. für rätlich, Fälle, die nach

48 Stunden eingeliefert werden, nicht radikal zu operieren, sondern womöglich durch exspektatives Verhalten den Ablauf des Anfalles zu erstreben und dann eine Intervalloperation vorzunehmen. Trotzdem muß auch nach 48 Stunden noch öfters operiert werden wegen Abszeßbildung und wegen Peritonitis. Bei Eiterherdbildung soll man möglichst schonend vorgehen, d. h. womöglich nur den Abszeß spalten und nur dann den Wurmfortsatz exstirpieren, wenn er direkt ohne Mühe zugänglich ist. Sonst meide man die Lösung schützender Verklebungen und entferne den Wurmfortsatz erst sekundär. Die Feststellung der Dauerresultate hat ergeben, daß auch den Pat., welche sich zur sekundären Appendektomie nicht entschließen konnten, keinerlei Schaden erwachsen ist. Bei diffuser Peritonitis, deren präzise Bestimmung in der Literatur noch vieles zu wünschen übrig läßt, soll das Abdomen breit eröffnet, die Bauchfellhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült und wenn möglich der Wurmfortsatz entfernt werden. Die Intervalloperation soll erst nach Ablauf der sämtlichen lokalen und allgemeinen Symptome ausgeführt werden. Im ganzen ist Verf. jedenfalls für eine individualisierende Behandlung der Appendicitis.

E. **Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

6) L. **Meyer.** Über Darmverengerungen nach unblutiger oder blutiger Reposition eingeklemmter Brüche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 297.)

Die Arbeit knüpft an einen einschlägigen von de Quervain beobachteten Fall an. Hier kam es bei einer 60jährigen Frau nach Herniotomie eines eingeklemmten Nabelbruches der 2. bis 3. Woche zu Verstopfung, Kolikschmerzen nebst gelegentlichem Erbrechen. Bei der Operation fand sich die früher eingeklemmt gewesene Darmschlinge zu einem etwa S-förmigen Klumpen verwachsen; zuführende Schlinge stark gedehnt, abführende leer. 3 cm lange Enteroanastomosenbildung zwischen zu- und abführendem Schenkel führte zur Heilung. — Hieran wird eine tabellarische Übersicht sämtlicher in der Literatur veröffentlichter Parallelfälle angeschlossen, welche M. in zwei Gruppen bringt: 1) Reine ring- oder kanalförmige Stenosen. 2) Stenosen durch knäueloder S-förmige Verwachsungen der Darmschlingen mit oder ohne eigentliche Stenose. Fälle der ersten Art wurden 10, solche der zweiten Art 13 gesammelt.

An der Hand dieses Materiales, dessen von Fall zu Fall verschiedenartige klinische Einzelheiten (Art der Hernie, Dauer der Einklemmung, Behandlung der Einklemmung, weiterer Verlauf) genau, auch statistisch durchgesprochen werden, erörtert M. eingehend alle zur Kenntnis dieser eigentümlichen Darmstenosen wichtigen Momente, worin folgendes hervorgehoben sei. Mutmaßlich sind stärkere Taxisversuche bei Brucheinklemmung nicht ohne schädigende Wirkung auf die Darmwände. Da sie auch wohl die nachträglichen Narbenstenosenbildungen begünstigen oder veranlassen können, sollen sie vermieden

werden. Klinisch zeigen alle Fälle — mit nur zwei Ausnahmen — vor dem Beginn der eigentlichen Stenosenerscheinungen eine durchschnittlich 3—4 Wochen lang währende gänzlich beschwerdefreie Zeit nach der blutig oder unblutig ausgeführten Bruchreposition. Dann traten häufig zunächst mehr oder weniger reichliche Durchfälle auf, an welche sich in durchwegs chronischer Weise die Stenosenerscheinungen als paroxysmale Koliken mit Meteorismus, sichtbarer Peristaltik, Borborygmen, Stuhlverhaltung, Erbrechen anschließen. Behufs Meidung der Kolikanfälle schränken die Kranken die Nahrungsaufnahme ein und magern ab. In anatomischer Beziehung ist der Sitz der fraglichen Stenosen im Dünndarme. Die ringförmigen Stenosen können sowohl einfach, nur einer Schnürfurche entsprechend, als auch doppelt sein — bei Veränderung an beiden Schnürfurchen. Wird die ganze eingeklemmt gewesene Schlinge verändert, so entstehen die kanalförmigen Stenosen. Über die feineren pathologischen Vorgänge bei der Strikturbildung haben mehrere gute mikroskopische Untersuchungen, am besten diejenige von Göbell Aufschluß gegeben. Infiltrationen, Ödeme, Hypertrophie der verschiedenen Darmwandschichten, vor allem aber Ulzerations- und Narbenbildungsprozesse in der Schleimhaut spielen dabei die entscheidende Rolle. Daraus ergibt sich, daß die Darmverengerung der Regel nach von den inneren Darmwandschichten ausgehen muß (»innere Narbenstenosen« Garrè). Die Annahme von »äußeren« Stenosen, die durch Darmkonstriktion von der Serosa aus entstehen sollen (Garrè), ist durch die exakte Beobachtung nicht genügend gestützt. Dagegen die Mitwirkung peritonitischer Prozesse insofern für das Zustandekommen der Verengerungen eine Tatsache, als mehr als die Hälfte aller Fälle starke Verwachsungen mit Knäuelbildung und Schlingenschenkelknickungen aufweisen. In gut $^3/_4$ der Fälle ist ferner oberhalb der Verengerung Blähung des Darmes, oft mit Wandverdickung kombiniert, angegeben, während der abführende Darm klein und leer erscheint. Grundlage für sämtliche Veränderungen ist die während der Brucheinklemmung stattfindende Zirkulationsstörung, weshalb die Fälle von Darmblutungen nach Brucheinklemmungen, die aus schwerer Zirkulationsstörung entspringen, den Narbenbildungen zur Seite gehören. M. berichtet 11 von Kukula gesammelte dergl. Fälle, zu deren Erklärung an starke Schädigung der Venenwände, Thrombosen, Infarktbildung, selbst nekrotische Prozesse, also an ähnliches zu denken ist, wie bei Entstehung der Narbenstenosen. Die Prognose der fraglichen Stenosen ist ohne Operation eine ungünstige; 5 tödlich geendete Fälle sind bekannt. Dagegen hat die operative Behandlung sehr gute Resultate aufzuweisen, sowohl mit Resektion, als Enteroanastomose als Enteroplastik (Längsschnitt durch die Strikturstelle gefolgt von Quernaht, ebenso wie bei Pyloroplastik). M. spricht am meisten für Anastomosenbildung, die fast stets genügen dürfte. Als Voroperation kann Kunstafteranlage in Frage kommen. Gegen die Enteroplastik spricht, daß sie im kranken Darmteile gemacht wird und deshalb die Dauerhaftig-

keit ihrer Wirkung unsicher erscheint. Prophylaktisch ist vor energischer Taxis zu warnen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

7) **W. Busse.** Über postoperative Magen- und Darmblutungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

B. veröffentlicht 14 Fälle von Magen-Darmblutungen nach operativen Eingriffen, welche in der v. Eiselsberg'schen Klinik beobachtet worden sind. Aus der Literatur stellt er noch weitere 82 derartige Fälle zusammen, um auf Grund dieses gesamten Materiales die Besonderheiten jener Komplikation zu erörtern. Bei einer Reihe derartiger Pat. hat wohl vorher schon ein Magen- oder Darmgeschwür bestanden, das bisher symptomlos verlief und erst durch die Schädlichkeiten des Eingriffes, wie Narkose, Erbrechen, in Erscheinung trat. Von anderen beängstigenden Leiden sind in Betracht zu ziehen Anämie, Marasmus, Gifte, die im Körper kreisen — wie der Harnstoff bei Urämie — oder das zur Narkose verabreichte Mittel, ferner Gefäßveränderungen und Spannungserhöhungen im Blutgefäßsystem, wie sie bei nervösen Störungen und bei Nieren-, Leber- und Lungenkrankheiten beobachtet werden. Besonders aber sind es die Operation und die mit ihr verbundenen Schädlichkeiten, welche in erster Linie in Frage kommen. Auch ohne eine lokale Schädigung des Magens und Darmkanales, allein durch die Einwirkung des Chloroforms und die durch dieselbe hervorgerufene allgemeine Vergiftung können Blutungen auftreten. Das Erbrechen spielt wohl in den meisten Fällen eine prädisponierende Rolle. Weiterhin ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, daß derartige Blutungen durch direkte Traumen bei dem chirurgischen Eingriff entstehen; Kompression, Zerrungen am Magen und Darmkanal, Lösung von Verklebungen, Repositionsversuche bei eingeklemmten Brüchen sind hier vor allen als auslösende Ursachen zu nennen. v. Eiselsberg beschuldigt bei seinen Fällen vornehmlich die Unterbindung von Netz- und Gekrösgefäßen als ätiologisches Moment des Blutabganges, und seiner Erklärunng haben sich eine größere Reihe von Autoren angeschlossen. Solche Embolien können auf direktem Wege wie auf rückläufiger Bahn verschleppt werden. In 35% aller Fälle, die B. zusammengestellt hat, sind Netz- und Gekrösabbindungen direkt angeführt; man darf aber wohl annehmen, daß noch in einer größeren Zahl solche vorgenommen aber unerwähnt geblieben sind. Verf. glaubt jedoch, daß Gefäßunterbindungen und all die sonstigen oben erwähnten prädisponierenden Ursachen, wie die Narkose, das Erbrechen usw., nicht allein die Blutungen veranlassen, sondern daß sie je einen Faktor für die Entstehung einer Ulzeration bilden, daß aber ein Zusammenwirken beider erforderlich ist, um die Blutung auszulösen. Die Prognose der postoperativen Magen- und Darmblutungen ist eine sehr ernste. Das beweist der Umstand, daß von den Betroffenen

mehr als die Hälfte starben. Die Therapie kann natürlich nur eine symptomatische sein.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

8) **Lempp.** Über den Wert der Jejunostomie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

L. berichtet über die Erfahrungen mit der Jejunostomie beim Karzinom, Ulcus pepticum und den Verätzungen des Magens in der v. Eiselsberg'schen Klinik. Im ganzen handelt es sich um die stattliche Zahl von 68 Fällen.

Unter den 44 Pat. mit Magenkarzinom wurde die Jejunostomie vorgenommen, falls der Magen fast in toto vom Krebs ausgefüllt war, so daß an ihm selbst ein chirurgischer Eingriff unmöglich schien; ferner bei Kranken, bei denen schon eine Magenoperation früher ausgeführt worden war, sei es eine Resektion oder eine Gastroenterostomie. In einer weiteren Gruppe von Fällen bestanden Schluckbeschwerden, die auf ein Ergriffensein der Cardia hinwiesen, und in einigen Fällen bestanden perforative Kommunikationen mit Nachbarorganen. Von der Jejunostomie wurde bei den letzteren Fällen erwartet, daß sie durch Ausschaltung die Heilung der Durchbruchsstelle begünstigen würde. Ebenso wurde wiederholt wegen heftiger Magenschmerzen zur Ruhigstellung des Organes die Jejunumfistel anangelegt, endlich letztere als kürzeste Operation bei Leuten mit Lungenkomplikation, operativer Blutung, Herzschwäche statt der länger dauernden Gastroenterostomie ausgeführt. Die Mortalität bei den Karzinompatienten betrug 51%; die Durchschnittslebensdauer der Durchgekommenen 66 Tage. Eine Verlängerung des Lebens ist also für die meisten Fälle nicht anzunehmen. Maydl's Einengung der Gastroenterostomie kann sich Verf. zugunsten der Jejunostomie nicht anschließen, zumal das Verfahren des genannten Chirurgen einen mindestens ebenso komplizierten Eingriff darstellt wie die Gastroenterostomie. Besonders hält er bei Pylorusstenosen, ob sie durch die Geschwulst oder durch ein diese begleitendes Ödem bedingt ist, die Gastroenterostomie für die richtige und zweckmäßigere Operation. Die einzelnen Indikationen aufzuführen, welche L. für die Jejunostomie aufführt, würde hier zu weit führen; erwähnt sei jedoch, daß er rät, dort wo sie angelegt wurde, die Fistel bis zum Lebensende offen zu erhalten, damit jederzeit durch sie die Ernährung wieder vorgenommen werden kann.

Wichtiger erscheint die Anwendung der Jejunostomie beim peptischen Magengeschwür, wo sie einen ausgedehnteren Gebrauch verdient. v. Eiselsberg hat sie hier bei 17 Pat. angelegt. Eine Indikation für dieselbe ist gegeben, wenn eine lebensgefährliche Inanition besteht und ein anderer Eingriff nicht ausführbar ist. Da die Jejunostomie die einfachste und am raschesten ausführbare Operation ist, kann sie bei den schwersten Komplikationen noch Hilfe bringen. Die hohe Mortalität, die auch bei diesen Pat. mit Magengeschwüren nach der Operation auftritt, darf nicht verwunderlich erscheinen, weil es sich

bei dem Jejunostomiematerial eben um die schlimmsten Fälle handelt. Als Normalverfahren ist die Jejunostomie anzusehen beim einfachen Magengeschwür mit freiem Pylorus und freier Umgebung, wo später eine Pylorusenge nicht zu erwarten ist, bei kardialwärts gelegenen stenosierenden Geschwüren, bei hochgradiger Magenschrumpfung mit ausgedehnten Geschwüren und umfangreichen Verwachsungs- und Reizbeschwerden. Als palliative Operation ist sie auszuführen in allen Fällen, in welchen ein radikales Vorgehen oder die Gastroenterostomie indiziert ist, aber infolge von Schwäche des Kranken unterbleiben muß. Der Verlauf muß entscheiden, ob der palliativen Operation später noch eine radikale Operation folgen kann. Die Jejunostomie mit gleichzeitiger Gastroenterostomie ist indiziert beim stenosierenden Geschwür des Pylorus und starkem Reizzustand des Magens und bei gleichzeitigem Magen- und Pylorusgeschwür (Pylorusstenose). Bei Perforation eines Magen- oder Duodenalgeschwürs soll an die Versorgung der Perforation noch eine Jejunostomie angeschlossen werden, namentlich bei schon bestehender Bauchfellentzündung. Die Fistel ist in diesen Fällen eine temporäre, die Ernährung durch dieselbe aber so lange durchzuführen, bis alle Beschwerden verschwunden sind. Auch nach befriedigender Gesamtazidität des Magens soll sie noch einige Zeit als Sicherheitsventil offen gehalten werden.

Bei Verätzungen des Magens, besonders des Pylorus, hat v. Eiselsberg die Jejunostomie vorgenommen, wenn eine gleichzeitige Verätzung des Ösophagus bestand. Allerdings müssen dann gewöhnlich noch mehrere Eingriffe erfolgen, wie Gastrostomie und Gastroenterostomie, erstere für die Bougierung der Speiseröhrenenge, letztere für die Umgehung der Pförtnerstenose. Die Art der Ätzflüssigkeit bestimmt nicht die Indikation zur Jejunostomie, sondern die Ausdehnung der Verletzung des Magens. Besteht bei sehr geschwächten Pat. mit Verätzung von Speiseröhre und Pylorus eine starke Magenblähung, so soll man sofort den ersten Akt der Gastrostomie nach v. Hacker anschließen und den Magen bald entleeren und entlasten.

Was die Technik der Jejunostomie betrifft, so empfiehlt Verf., den Schrägkanal nach Witzel in der Darmwand nur in einer Etage anzulegen, um eine Stenose des Darmes zu vermeiden, ferner die Fistelöffnung des Darmes nur mit wenigen Nähten an das Peritoneum parietale zu heften und schließlich die äußere Mündung des Fistelkanales unterhalb der Nabelhorizontalen anzulegen, um Knickungen des Darmes zu vermeiden. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

9) **Haberer.** Zur Technik der unilateralen Darmausschaltung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

H. stellte Leichenversuche an, welche die Verhältnisse der Lagerung des zuführenden Schenkels bei der end-to-side-Apposition klären sollten. Er führte dieselben in der Weise aus, daß er nach Durchtrennung der untersten Ileumschlinge den zuführenden Schlingenschenkel in einen seitlichen Schlitz der Flexura sigmoidea einnähte

und dabei den zuführenden Schlingenschenkel bald brückenförmig vor den herabhängenden Dünndarmschlingen vorbeiführte, bald aber hinter den Dünndarmschlingen zur Anastomosenstelle verlaufen ließ. Es zeigte sich nun zunächst, daß die primäre Lagerung der Anastomose mit Bezug auf den übrigen Darm — ob ante oder retro — von prinzipieller Bedeutung ist, insofern, als aus der Lagerung der Anastomose vor dem übrigen Darm eine Gefahr resultiert. Eine weitere Gefahr bleibt auch dauernd in dem offenen Mesenterialschlitz bestehen, da Darmschlingen auch bei ursprünglich richtiger Lagerung der Anastomose noch sekundär durch den Mesenterialschlitz durchtreten können. Verf. fand nun, um diese Gefahr zu vermeiden, als sehr sicheres und meist anwendbares Verfahren, den freien Mesenterialrand an die untere Fläche des Mesenterium der nächst benachbarten Dünndarmschlinge durch Kopfnähte zu fixieren. Dadurch entsteht nicht nur keine Drehung und Knickung der Anastomose, sondern es wird auch die Mobilität der durch die Mesenterialnaht einander genäherten Darmpartien nicht gehindert. Diese Maßnahme, wie einige andere in der Arbeit enthaltende Vorschläge sind indes noch nicht am lebenden Menschen erprobt, weshalb erst künftiger Erfahrung ein endgültiges Urteil über die Brauchbarkeit derselben vorbehalten bleiben muß.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

10) **H. Braun.** Über den durch Lage- und Gestaltsveränderungen des Kolon bedingten vollkommenen und unvollkommenen Darmverschluß.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 540.)

Abgesehen vom Volvulus des S romanum sind die durch Lage- und Gestaltsveränderungen bedingten Wegstörungen im Dickdarme noch wenig allgemein bekannt. Mehrere selbst beobachtete und operierte Fälle veröffentlichend, gibt B. eine zusammenhängende Besprechung des bislang in der Literatur zu dieser Sache mitgeteilten Materiales.

Am Blind- und aufsteigenden Dickdarm ist das Vorhandensein eines abnorm langen Mesenterium Vorbedingung für das Zustandekommen von schweren Lageveränderungen. Am wichtigsten ist der Volvulus dieser Darmabschnitte, von russischen Autoren des öftern, einmal auch von B. operiert (tödlich geendigter Fall). Außerdem kommt eine Aufwärtsklappung des Blinddarmes vor, die durch Darmverschluß tödlich werden kann (Fälle von Curschmann), aber auch schon unter Lösung frischer Verklebungen mit Glück operiert ist (B.). Drittens kann der aufsteigende Dickdarm ähnlich wie die Flexura sigmoidea Schlingen bilden, wodurch, falls Verwachsungsprozesse letztere fixieren, Darmverschluß herbeigeführt werden kann (Beobachtungen von Treves und Curschmann, eine erfolglose Operation mittels Lösung der Verwachsungen von Quénu). Knickungen an der Flexura hepatica sind selten, da dieselbe normalerweise meist nicht stärker

fixiert ist. In einem eigentümlich zusammenhängenden Falle wurde sie aber von B. beobachtet. Eine Pat. hatte eine Pylorusresektion mit Glück durchgemacht, bekam aber späterhin ein Darmkarzinom, und zwar wie sich zeigte im Querkolon. Infolge der Pylorusresektion war letzteres aber abnorm beweglich geworden, und war die Geschwulst nahe an das linke Poupart'sche Band gesunken und hier verwachsen. Eine zu palliativen Zwecken vorgenommene Enteroanastomose blieb resultatlos, da der Tod durch Peritonitis erfolgte. Bei der Sektion zeigte sich eine hochgradige Ausdehnung des aufsteigenden Dickdarmes, der an der Flexura hepatica infolge der Herabzerrung des Querkolon hochgradig geknickt war. Die Peritonitis war von einer Spannungsperforation im aufsteigenden Kolon ausgegangen. Am Colon transversum führt hochgradige Länge des Darmteiles häufig zur Bildung bisweilen bizarr gelagerter Schlingen, was aber der Regel nach nur zu mehr oder weniger erheblichen Stuhlverstopfungszuständen, nicht zu Darmverschlüssen Anlaß gibt. Volvulus des Querkolon ist 3mal von Curschmann, eine Querdrehung desselben nach oben infolge von Beckenhochlagerung 1mal von Kraske gesehen. Ileus durch Knickung einer nach unten gerichteten Querkolonschlinge sah B. Bei der Operation zeigte sich, daß Aufhebung der stark dilatierten, aber sonst gesunden Schlinge deren Knickung ausglich. Kolopexie an die äußere Bauchwand in geeigneter Lage führte zur Heilung.

Von besonderem Interesse ihrer Häufigkeit wegen sind die Kolonknickungen an der Flexura lienalis. Dieselbe liegt normal höher als die Flexura hepatica, bildet ferner fast ausnahmslos einen nach unten und innen offenen spitzen Winkel und ist außerdem durch eine starke Bauchfellduplikatur (Lig. pleuro-colicum) fest fixiert. Infolgedessen sind Erschwerungen des Kotweges hier keine Seltenheit, die schon öfter operative Eingriffe notwendig gemacht haben (Beobachtungen von A. v. Bergmann und verschiedenen französischen Chirurgen). Auch B. verfügt über eine hierhergehörige Operation. Er fand gelegentlich Ausführung einer Gastroenterostomie wegen Magendilatation das Querkolon kolossal cystenartig ausgedehnt und oben an der Flexura geknickt, das absteigende Kolon leer. Ligatur und Trennung einiger straffen Adhäsionen am Übergange des erweiterten in den verengten Darm. Heilung. Eine gute Illustration des Kolonwinkels an der Flexura lienalis gibt B. durch die Präparatabbildung zweier Därme, die, in situ mit Formol gehärtet, die interessierenden anatomischen Verhältnisse, namentlich Sporn- und Faltenbildungen der Schleimhaut, deutlich aufweisen.

Betreffs chirurgischer Therapie der besprochenen Krankheitszustände führt B. zum Schluß aus, daß operatives Eingreifen dort rasch einzusetzen hat, wo bei Verschlußerscheinungen der geblähte Darmteil geschwulstartig fühlbar und der Allgemeinzustand bedenklich wird. Von Eingriffen kommen in Frage Durchschneidung fixierender Pseudoligamente, Lösung von Verwachsungen, ferner die Kolopexie, Enteroanastomose bezw. Darmausschaltung sowie die Anlage des

Kunstafters. Zu Darmresektionen wird nur allenfallsige Darmgangrän Anlaß geben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

11) **Pearce.** Experimental pancreatitis considered in its relation to the acute forms of pancreatitis in men.

(Albany med. annals 1904. Nr. 5.)

P. vergleicht die, zum Teil eigenen experimentellen Ergebnisse bei der künstlichen Erzeugung einer akuten Pankreatitis mit klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen beim Menschen unter Einfügung einzelner Krankengeschichten. Eindringen von Magensaft in den Ductus pancreaticus scheint im allgemeinen nicht imstande zu sein, eine hämorrhagische Pankreatitis hervorzubringen. Die Cholelithiasis spielt eine bedeutende Rolle in der Ätiologie der akuten Pankreatitis. Die gangränöse Pankreatitis entsteht meist sekundär nach akuter hämorrhagischer Entzündung des Organes durch Eindringen von Fäulnisbakterien vom Darmkanale her. Die eitrige Pankreatitis entsteht durch irgendeinen örtlichen Einfluß: örtliche Reizung mit sekundärer bakterieller Infektion, Nekrose und Eiterung. Fettnekrose entsteht, wenn irgendwelche Schädigungen im Pankreas auftreten, welche dem Pankreassaft erlauben, in die Umgebung der Drüse einzudringen. Flexner wies chemisch nach, daß in den nekrotischen Herden der Drüse ein fettspaltendes Ferment vorhanden ist. Voraussetzung für das Eindringen von Pankreassaft in die Umgebung ist, daß die Pankreasgänge verlegt oder zerstört sind. Dieses kann geschehen z. B. bei Krebs der Vater'schen Papille, bei Steinbildung im Pankreas und in den Gallengängen, bei Verwachsungen in der Umgebung des Hauptausführungsganges und Knickung desselben, schließlich auch bei chronischer interstitieller Pankreatitis.

Mohr (Bielefeld).

Kleinere Mitteilungen.

12) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

147. Sitzung am 8. Mai 1905.

Vorsitzender: Herr Hoffa.

1) Herr Gerson: Über das abnehmbare Gipskorsett.

Da das gewöhnliche feste Gipskorsett in der Behandlung der Skoliose viele Nachteile hat durch Behinderung der Atembewegungen, Atrophie der Muskulatur usw. hat G. es modifiziert und abnehmbar gemacht. Es wird der Rumpf bei Suspension im Wullstein'schen Rahmen in der gewöhnlichen Weise eingegipst, wobei vorn und hinten zwei mit Schnürösen versehene Segelleinenstreifen eingelegt werden; zwischen diesen wird das Gipskorsett geteilt in zwei abnehmbare Hälften. Bei der Anlegung des Korsetts werden dieselben vereinigt durch zwei starke die Schnürösen verbindende Gummischnuren. Dieses Korsett gestattet freie Atmung, es liegt dabei eng an und redressiert besser. Zugleich ist es abnehmbar und gestattet Massage und körperliche Übungen.

2) Herr Joachimsthal: a. Zwei weitere Fälle von angeborenem Oberschenkeldefekt.

Anschließend an einen im Januar 1903 in der Freien Vereinigung demonstrierten Knaben mit linkem partiellem Oberschenkeldefekte stellt J. eine 22jährige

Dame vor mit der gleichen Mißbildung. Die stark verkürzte rechte untere Extremität besteht nur aus dem Fuß und einem Verbindungsstück zwischen diesem und dem Becken. Der Fuß ist normal beweglich; das Verbindungstück kann flektiert, extendiert, ab- und adduziert werden um ca. 30°. Das Röntgenbild zeigt in ihm zwei Knochen, einen medialen, den J. als Tibia, verschmolzen mit einem Femurrudiment, auffaßt, und einen lateralen = die Fibula. Vom Becken ist rechts nur das nach innen gedrehte Os ischii und der die Verbindung mit dem Kreuzbeine bewirkende Teil des Os ilei vorhanden. Links fehlt der horizontale Schambeinast, zugleich besteht eine Luxatio cong. coxae. J. hat der Pat. einen Schienenhülsenapparat für die vorhandene Extremität gegeben, mit dem ein künstlicher Unterschenkel und Fuß beweglich verbunden ist; sie bewegt sich frei mit dem Apparate. Der zweite Fall betrifft ein 4wöchiges Kind; anstelle des rechten Oberschenkels findet sich ein Knochenrudiment, das oben mit der Konvexität nach innen analog einer Coxa valga congen. geknickt ist. Es bestanden weitere Mißbildungen an den oberen Gliedmaßen, Amputationen des rechten Oberarmes in der Mitte und Verkürzung des linken Armes, der nur zwei durch Syndaktylie verbundene Finger trug.

b. Amniotische Furchen und Klumpfuß.

Nach G. St. Hilaire entsteht der Klumpfuß unter Umständen durch partielle epitheliale Verwachsung des Amnion mit dem Embryo namentlich dann, wenn die Verwachsung zu einem festen Simonart'schen Strang ausgezogen wird; dafür spricht die Kombination mit Schnürfurchen am Unterschenkel. Bei einem jetzt 10jährigen, seit dem 4. Lebensjahre beobachteten Mädchen ist die an der Grenze des mittleren und unteren Drittels befindliche Furche allmählich flacher geworden, aber noch deutlich nachweisbar; die distal vor ihr gelegenen Teile sind deutlich atrophiert, der Fuß um 3 cm verkürzt. Eine Einschnürung am Knochen besteht nicht. Heilung des Klumpfußes durch redressierende Verbände. Bei dem zweiten vorgestellten Falle besteht außer dem Klumpfuß und der Schnürfurche am Unterschenkel eine tiefe zirkuläre Schnürfurche an der Grenze des mittleren und unteren rechten Oberarmdrittels. Die Ernährung des peripheren Gliederabschnittes hat nicht gelitten, es fehlen auch die zuweilen beobachteten Ödeme, dagegen besteht eine durch die Schnürfurche bedingte Lähmung des N. radialis und eine Parese des N. ulnaris. — Die durch die Nervenlähmung bedingten Veränderungen werden von Herrn Cassirer eingehender dargelegt.

c. Familiäre Skoliosen.

Die Erblichkeit der Rückgratverkrümmungen ist seit langem bekannt und wird auf 25% der Fälle geschätzt. Die Kinder bringen die Skoliose nicht mit auf die Welt, sie tritt vielmehr erst später in die Erscheinung. Bei den einzelnen Familienmitgliedern beobachtet man gewöhnlich dieselben Formen der Dorsal- resp. Lumbalskoliose und mit Abweichung derselben Wirbel. J. demonstriert dies an einem Zwillingspaare, zwei Mädchen von 8 Jahren. Für solche Fälle habe man nicht nur die Vererbung einer Schlaffheit und Widerstandslosigkeit der konstituierenden Elemente der Wirbelsäule anzunehmen, man könne geradezu vermuten, daß die Skoliosen im Keim angelegt seien.

Diskussion zu b.: Herr Hoffa demonstriert an mehreren Fällen von Klumpfuß, daß die dabei vorkommenden Schnürfurchen immer an derselben Stelle sitzen, an der Grenze des mittleren gegen das untere Drittel des Unterschenkels. Daraus könne man wohl schließen, daß sie durch andere entwicklungsgeschichtliche Momente bedingt seien.

3) Herr Hoffa: Die kongenitale Coxa vara.

Eine nicht unerhebliche Anzahl der Fälle von Coxa vara muß als angeboren betrachtet werden; sie beruhen nicht auf frühzeitig entstandenen traumatischen Epiphysenlösungen oder auf rachitischer Basis; denn ein Trauma läßt sich bei ihnen ätiologisch gar nicht oder nur gezwungen nachweisen, und es bestehen bei den Kranken sonst keine Zeichen von Rachitis. Für den kongenitalen Ursprung sprechen die Fälle, wo man die Schenkelhalsverbiegung doppelseitig beobachtet hat, oder wo neben der Coxa vara eine andere Mißbildung, wie kongenitale Hüftluxation der anderen Seite, vorhanden war; endlich, wo sie vorhanden war, ehe die

Kinder noch gelaufen hatten. Im Röntgenbilde lassen sich besonders die rachitischen von den als kongenital aufzufassenden Formen trennen. Abgesehen von der Veränderung des Schenkelhalswinkels ist bei den kongenitalen die Pfanne im oberen Teile leer, der Kopf füllt nur ihre untere Hälfte aus und steht mit seiner unteren Zirkumferenz außer Berührung mit der Pfanne; der der Epiphysenlinie entsprechende Spalt zwischen Kopf und Hals liegt senkrecht, es bestehen keine rachitischen Veränderungen am Femur und anderen Teilen. Bei den rachitischen Fällen füllt der Kopf die Pfanne aus, die Epiphysenlinie verläuft schräg von oben außen nach unten innen. Die Femurdiaphyse ist verbogen. Ein Fall mit doppelseitiger Erkrankung bei einem 3jährigen Knaben mit sehr schwerer Funktionsstörung durch behinderte Abduktion kam zur Resektion. Die Präparate bestätigten die kongenitale Natur; der Kopf war noch zum größten Teile knorplig mit einem größeren Knochenkern in der Mitte, die Epiphysenlinie war sehr breit und mit einigen knöchernen Inseln durchsetzt. Im Knorpel fehlte jede Wucherung, wie sie für Rachitis charakteristisch ist. Das funktionelle Endresultat war übrigens ein gutes, die oberen Femurenden standen gut und beweglich in der Pfanne; am linken Beine resultierte eine Verkürzung von 1½ cm, die durch hohe Sohle ausgeglichen wurde.

Diskussion. Herr Maas stimmt für eine gewisse Anzahl der Fälle den Ausführungen Hoffa's bei, möchte aber hervorheben, daß auch frühzeitige mechanische Einflüsse bei Neugeborenen, wie lange nach der Geburt innegehabte Flexions- und Außenrotationsstellung des Beines in der Hüfte das Leiden hervorrufen können. Es würde sich bei diesen um Wachstumsstörungen, bedingt durch Zwangshaltungen, handeln, wie M. sie experimentell bei jungen Tieren beobachtet hat, wo ähnliche Verbiegungen und Richtungsänderungen in relativ kurzer Zeit erzeugt werden können.

Herr Joachimsthal ist gleichfalls der Ansicht, daß für eine Reihe von Fällen kindlicher Schenkelhalsverbiegungen die intra-uterine Entstehung anzunehmen ist. Er führt dafür noch gewisse Beckenveränderungen an, die denen bei angeborener Hüftverrenkung analog sind, besonders eine schräge Richtung des Pfannendaches. Außer den rachitischen Formen hält er für manche Fälle die traumatische Genese fest. Alle Fälle mit vertikal verlaufender Epiphysenlinie als rein kongenital aufzufassen, sei unmöglich, weil die Veränderung des Ganges und die sonstigen klinischen Erscheinungen sich erst nach den ersten Lebensjahren zu entwickeln pflegen.

4) Herr Wollenberg: Die arterielle Versorgung von Muskeln und Sehnen.

W. hat an injizierten Leichen die arterielle Gefäßversorgung von Muskeln und Sehnen studiert. Es wurden von abpräparierten einzelnen Muskeln mit ihren Sehnen Röntgenbilder angefertigt, welche demonstriert werden. Es wird durch sie die außerordentlich reiche Gefäßversorgung der Muskelsubstanz veranschaulicht. Es ergab sich, daß die Beuger im allgemeinen reicher versorgt sind als die Strecker, und daß die funktionell wichtigen Muskeln vor anderen weniger wichtigen besser gespeist sind. Bezüglich der Versorgung der Sehnen bestätigt sich die schon längst bekannte Tatsache, daß sie ihr arterielles Blut von den Arterien des umgebenden Peritendineum empfangen. In praktischer Beziehung mahnt die letztere Tatsache, bei Sehnenoperationen dies umgebende Gewebe nach Möglichkeit zu schonen.

5) Herr Helbing: Über seltene Fußdeformitäten.

H. bespricht unter Demonstration von Kranken eine bisher noch wenig gewürdigte Stellungsanomalie des Fußes, die sich von den bekannten Fußdeformitäten ganz scharf differenzieren läßt, und deren Charakteristikum eine ausschließlich auf den Metatarsus sich beschränkende Varusstellung ist.

Man kann eine angeborene und eine erworbene Form unterscheiden; die angeborene ist außerordentlich selten und, wie es scheint, konstant mit einer Valgusstellung des Hinterfußes kombiniert.

Der erworbene Metatarsus varus hat verschiedene Ursachen. Es kann 1) ein kompensatorischer sein im Gefolge des rachitischen Genu valgum. 2) findet er sich als traumatischer bei Frakturen des I. und II. Metatarsus, und 3) gibt es arthro-

gene Formen nach akut oder chronisch entzündlichen Prozessen im I. Metatarsotarsalgelenk.

Die Behandlung der Deformität besteht in dem modellierenden Redressement; macht die Beseitigung der manchmal vorhandenen Varusstellung und Plantarflexion der großen Zehe Schwierigkeiten, so wird die Durchschneidung der Beugesehne und Keilresektion aus dem I. Metatarsophalangealgelenk notwendig.

Diskussion. Herr Joachimsthal berichtet über zwei von ihm beobachtete Fälle von Metatarsus varus kongenitalen Charakters und demonstriert einen Pat., bei dem die Deformität an beiden Füßen, von der Mutter vererbt, in ausgeprägtem Maße besteht. Die Veränderungen an den Mittelfußknochen waren auch im Röntgenbilde zu erkennen.

6) Herr Selberg: Zur Klumpfußbehandlung.

S. bespricht die Technik des Klumpfußverbandes, wie er in der Klinik des Herrn Geh.-Rat Hoffa geübt wird. Es wird stets ein leicht und gleichmäßig gepolsterter Gipsverband angelegt. Bei der Anlegung soll der Fuß während des Umlegens der Gipsbinden schwebend gehalten und in möglichst redressierter Stellung von den Assistenten an Knie und Zehen fixiert werden, damit nachträglich eine möglichst geringe Korrektur nötig sei. Es wird demonstriert, wie die gewöhnlich erforderlichen Ausschnitte an den durch Decubitus am meisten gefährdeten Stellen angelegt werden. Vorstellung von Pat.

7) Herr J. Fränkel: Eine Verbesserung der Bier'schen Saugapparate.

Die Bier'schen Saugapparate, in denen der Luftdruck als bewegende Kraft verwendet wird, können orthopädischen Maßnahmen nutzbar gemacht werden; ihr Effekt wird durch die schmerzstillende und auflösende Wirkung der gleichzeitig entstehenden Hyperämie wesentlich erhöht. Um einem versteiften Glied im Sauggefäß die gewünschte Stellung zu geben, sind gewisse Vorkehrungen nötig. F. hat eine solche in einem verstellbaren Stativ für die Hand geschaffen. Stellt man dasselbe in das Sauggefäß, so findet die Hand einen geeigneten Widerhalt und ist gezwungen, die ihr vorgeschriebene Bahn einzuschlagen; man kann so den Faustschluß, die Flexion und Extension leicht und korrekt ausführen lassen. Eine zweite Vorrichtung bezweckt, die Supination und Pronation zu ermöglichen; dies geschieht dadurch, daß die Hand innerhalb eines zylindrischen Hohlraumes auf einer in Form einer Spirale verlaufenden Gleitebene in den Saugapparat hineingetrieben wird.

Die Apparate sind in der Hoffa'schen Klinik zur Mobilisierung von Gelenkversteifungen seit längerer Zeit mit bestem Erfolge benutzt worden. Demonstration der Apparate an Pat. mit hochgradigen Fingerversteifungen.

Richard Wolff (Berlin).

---

13) **Betogh.** Osservazioni cliniche e ricerche sperimentali sugli effetti del cloroformio somministrato in ambienti forniti di fiamme e gas illuminante.

(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 12.)

In der chirurgischen Klinik zu Messina mußten zwei Narkosen gemacht werden, während ein provisorischer Gasofen verwandt wurde. Mehrere Assistenten bekamen Kopfschmerzen usw., die eine Kranke (Ovariotomie) eine akute hämorrhagische Nephritis, Erbrechen und Kollaps, von dem sie sich erholte. Der zweite Pat. (Bassini) starb an einer akuten Blutung in den Bauch und die verschiedenen Schichten der Wunde. Eine große Gefäßläsion lag nicht vor. Es wird eine Schädigung der Gefäßwände durch Zersetzungsprodukte angenommen. Zersetzung des Chloroforms bei Gaslicht ist gefährlicher als die Einatmung von Zersetzung des Gases selbst. Kaninchenexperimente ergaben vor allem eine schwere Veränderung der Nieren mit Zerfall von Epithelien der Glomeruli und Harnkanälchen und Blutaustritt ohne wahre Hämoglobinurie.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

14) **H. Lossen.** Die Bluterfamilie Mampel in Kirchheim bei Heidelberg. II. Bericht.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 1.)

Oben genannte Familie ist seit 1827 durch genaue ärztliche Beobachtung, zuerst durch Chelius, später durch Mutzenbecher und L., der bereits 1876 über sie berichtete, als exquisite Bluterfamilie bekannt. Über die mittlerweile hinzugekommene zahlreiche Nachkommenschaft und deren Beteiligung an der Krankheit gibt L. jetzt neuerdings eingehenden Bericht, zu dessen Abfassung das Studium der kirchlichen Geburts- und Sterberegister in den Wohnorten der Familien, teilweise aber auch eigene ärztliche Behandlung der Bluterkranken das Material gewährte.

Ein von L. angefertigter Stammbaum der Familie, der sich über vier Generationen und 212 Mitglieder erstreckt, und in dem Bluter, Knaben und Mädchen, sowie Todesfälle an Verblutung markiert sind, gibt einen Überblick über die Resultate der Nachforschung. Das Vererbungsgesetz, das L. aus seiner Statistik ableitet, lautet: »Nur Knaben sind Bluter«, vererben aber niemals die Anlage zu Blutungen. Mädchen sind niemals »Bluter«, vererben aber die Anlage. Im ganzen fanden sich unter 207 Familienmitgliedern 37 Bluter, sämtlich männlich, 33,33%. Die kurzen Krankengeschichten derselben werden mitgeteilt. 18 Personen, also fast die Hälfte der Bluter, sind an Verblutung zugrunde gegangen, und zwar meistens im Kindesalter. Dem Sitze nach sind Blutungen unter die Haut am häufigsten notiert — 16 Fälle (2 †); es folgen äußere Hautwunden 10mal (2 †); auch 2 Nabelschnurblutungen endeten tödlich. 10mal ist starkes Nasenbluten, 9mal sind Lippenblutungen (5 †) notiert. Desgleichen sind Zahnfleischblutungen (9), Verletzungen des harten Gaumens (4 Fälle, 2 †), Magenblutungen (2 Fälle, 1 †), Mastdarmblutung, Bluthamen, Lungenblutung usw. sowie Hämarthros (6 Fälle am Kniegelenke) vertreten. Die Hämophilie ist eine so zweifellos erbliche Krankheit, daß Beobachtungen, wo Heredität nicht vorhanden ist, von der Diagnose auszuschließen sind. Die Ursachen der Hämophilie sind noch gänzlich dunkel. Ein Mangel völliger Gerinnungsfähigkeit des Blutes liegt nicht vor, und erwiesen sich chemische Mittel sowie Platina candens zur Blutgerinnung nicht als unwirksam; aber die Gerinnsel sind abnorm leicht ablösbar und bedürfen zur Haltbarkeit eines kleinen Druckverbandes, der freilich an Lippe, Zunge usw. nicht anwendbar ist. Wahrscheinlich liegt die Ursache der verlangsamten Blutstillung in einem uns noch unbekannten Chemismus im Blute. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

15) **Plagemann.** Beiträge zur direkten operativen Behandlung der Wirbelsäulentuberkulose.

Diss., Rostock, 1905.

Zehn Fälle von abszedierender tuberkulöser Spondylitis, in welchen der Knochenherd selbst freigelegt und dann ausgekratzt wurde. Es gelang 6mal, so weit bis zu dem Herde vorzudringen, daß derselbe dem Auge sichtbar gemacht wurde. Das Resultat war trotzdem kein sehr günstiges; denn drei Pat. starben bis zu 6 Monaten. Fünf Pat. wurden zwar gebessert entlassen, sind aber trotzdem in nicht allzu langer Frist an Tuberkulose gestorben. Ein Fall ist seit 3 Jahren geheilt, in einem Fall ist eine Fistel vorhanden, »die den Eindruck macht, als ob der definitive Schluß in kürzester Zeit bevorsteht«. **Coste** (Straßburg i. E.).

16) **Rottenstein.** Mal de Pott dorsal à début scoliotique.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Gerade Kirmisson hat immer auf die Möglichkeit hingewiesen, daß sich hinter einer anscheinenden Skoliose eine beginnende Spondylitis verstecken könne und zur Vorsicht in der Diagnose gemahnt. Er läßt hier einen Fall veröffentlichen, wo er selbst sich geirrt hat. **Herm. Frank** (Berlin).

17) **Burr.** Aneurysm of the descending thoracic aorta causing erosion of the vertebrae and symptoms simulating Pott's disease.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1905. März.)

Verf. berichtet über einen 55jährigen Mann, bei welchem seit 4 Jahren eine zunehmende Kyphose im unteren Brustteile mit Erscheinungen von Kompression des Markes sich entwickelt hatte. Da die klinischen Erscheinungen ausschließlich auf die Wirbelsäule hinwiesen, und die Tuberkulinprobe positiv ausfiel, wurde eine tuberkulöse Spondylitis angenommen. Die Autopsie ergab jedoch ein großes, geplatztes Aneurysma der absteigenden Aorta; die Wirbelkörper und Zwischenwirbelscheiben vom 4.—10. Brustwirbel waren ausgedehnt arrodiert, und die freiliegende Dura des Markes war mit der Hinterwand des Aneurysmas verwachsen. Mikroskopisch wurde eine chronische Pachymeningitis und auf- und absteigende Markdegeneration über- und unterhalb der Stelle des stärksten Druckes gefunden. Die Differentialdiagnose zwischen Arrosion der Wirbelkörper durch Aneurysmen und tuberkulöser Spondylitis wird besprochen. **Mohr** (Bielefeld).

18) **Murphy.** A case of cervical rib with symptoms resembling subclavian aneurisme.

(Annals of surgery 1905. Nr. 3.)

Der betreffende Fall von Halsrippe täuschte wegen der starken Pulsation in der linken oberen Schlüsselbeingrube ein Aneurysma der A. subclavia vor. Durch Resektion der Halsrippe wurden alle Beschwerden: Taubsein der Finger, Kribbeln usw., geheilt. Nach Verf. entwickeln sich die Halsrippen nicht vor Eintritt der Pubertät, und gehen sie von den Ossifikationszentren der Proc. transvers. aus. Die Symptome bestehen in Erscheinungen von seiten des gedrückten Nervenplexus und der gedrückten Arterie, welche jedoch fast niemals so stark werden, daß es zur Gangrän kommt. Die Vena subclavia ist durch den M. scalenus anterior vor dem Drucke der Halsrippe geschützt. **Herhold** (Alsona).

19) **Mac Callum.** Tumor of the parathyroid gland.

(Johns Hopkins hospital bull. 1905. März.)

Mitteilung über die dritte bisher überhaupt bekannt gewordene derartige Geschwulst. Sie wurde zufällig bei der Autopsie eines 26jährigen Mannes gefunden, war rundlich, 2 cm im Durchmesser, ziemlich weich, von weiß-gelblicher Farbe und zeigte die Struktur der Glandula parathyreoidea. Außer der normalen Schilddrüse waren noch zwei unveränderte Gl. parathyreoideae vorhanden. Die Geschwulst lag rechts dicht unterhalb der Schilddrüse und war ganz von ihr getrennt.

W. v. Brunn (Rostock).

20) **E. Gerber.** Erstickung infolge Durchbruchs einer kompakten verkästen Lymphdrüse in die Trachea.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 361.)

Ein 6jähriger Knabe, plötzlich von Erstickungsnot befallen, wurde schleunigst in das Konstanzer Krankenhaus gebracht, langte dort aber bereits als Leiche an. Bei der Sektion fand sich: käsige Lymphome vor der Bifurkation der Luftröhre, eine dieser Drüsen hat die Vorderwand der Luftröhre, bezw. die Wurzel des rechten Bronchus etwa erbsengroß perforiert und durch dieses Loch einen etwa haselnußgroßen, käsigen Drüsenteil in die Lichtung des Luftweges einschlüpfen lassen (vgl. zwei Präparatabbildungen). Im rechten oberen Lungenlappen mehrere tuberkulöse Herde, linke Lunge frei. G. nimmt an, daß der Unfall sich schleichend derart vorbereitete, daß von der käsigen Drüse aus die Luftröhrenwand infiziert und allmählich zum Zerfall gebracht wurde. Zunächst erfolgende kleinere Einbrüche käsigen Materials in den Luftweg führten durch Aspiration zur Tuberkulose der rechten Lunge. Schließlich mag gelegentlich durch den Druck eines Hustenstoßes das größere zur Erstickung führende Drüsenfragment in die Luft-

röhre gepreßt worden sein. — Die zur Sache gehörige Literatur (Verzeichnis von 6 Nummern) wird kurz angezogen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

21) **R. Teissing.** Kongenitaler Defekt der Brustmuskeln.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 272.)

Der Verf. beschreibt einen Fall von angeborenem Defekt der Brustmuskeln, der in die zweite Gruppe der Kopfstein'schen Einteilung (s. dieses Zentralblatt 1905 Nr. 1) gehört. Bei dem 15jährigen, schwächlichen Jüngling wurde der Defekt zufällig entdeckt, da er dem Träger nicht die geringsten Beschwerden, nicht einmal beim Turnen verursacht hatte. Die rechte Thoraxhälfte ist oben abgeflacht; sinistrokonvexe Skoliose; das rechte Schulterblatt steht tiefer und näher zur Wirbelsäule als das linke. Die rechte Brustwarze steht um 1 cm niedriger und um 2 cm näher zur Mittellinie des Brustbeines als die linke, ist lichter pigmentiert und hat einen schmäleren Pigmenthof. Die aktive und passive Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes ist ganz normal. Vom rechten M. pectoralis major ist nur der obere Anteil bis zum Unterrande der zweiten Rippe entwickelt, der M. pectoralis minor fehlt vollständig; der Rest des M. pectoralis major, der M. latissimus dorsi, teres major und cucullaris sind kompensatorisch hypertrophiert. Die rechte Achselhöhle ist flacher und steht scheinbar höher; das rechte Schlüsselbein ist stärker gekrümmt und kürzer.

Der Autor führt den Defekt auf ein Trauma zurück, das der Fötus durch einen Sturz der Mutter im 6. Schwangerschaftsmonat erlitten hatte (1 Abbildung).

G. Mühlstein (Prag).

22) **Faure.** The surgery of the posterior mediastinum; its past and its suture.

(Bull. of the John Hopkins Hospital 1905. April.)

F., Chirurg in Paris, gibt hier eine sehr kurze und unvollständige Übersicht über dies Gebiet. Er behauptet, daß, abgesehen von Abszeßinzisionen, noch niemals mit Erfolg der Weg durch das hintere Mediastinum operativ beschritten worden sei, obwohl doch bekanntlich bereits vor mehreren Jahren Enderlen auf diese Weise mit vollem Erfolg ein Gebiß aus der Speiseröhre entfernte.

F. selbst hat zweimal den Versuch unternommen, auf diesem Wege ein Ösophaguskarzinom zu entfernen; die Operation gelang auch, doch wurden durch das eingelegte Drainrohr so große Luftmengen bei jedem Atemzug aspiriert, daß beide Pat. nach 24 Stunden an »extrapleuralem Pneumothorax« zugrunde gingen.

Verf. empfiehlt, besonders bei Operationen in den oberen Partien des hinteren Mediastinum, die Resektion der ersten Rippe stets derjenigen der anderen Rippen hinzuzufügen, dann könnte man den Thorax durch Abziehen der Schulter aufklappen wie ein Buch. Durch Fortlassen der Drainage hofft er in Zukunft der Luftaspiration begegnen zu können und erwartet weitere Unterstützung von der Anwendung der Sauerbruch'schen Kammer.

In den beiden von ihm operierten Fällen war es weder zu Nachblutung noch zu Temperatursteigerung gekommen. **W. v. Brunn** (Rostock).

23) **E. Busch.** Ein Fall von Gynäkomastie.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Der 28jährige Pat. hatte vor 7 Jahren eine etwa walnußgroße Geschwulst im Bereiche der linken Mammilla bemerkt, die, auch sonst druckempfindlich, in letzter Zeit zu wachsen und zu schmerzen begann. Sekretion wurde nicht bemerkt.

Bei der Untersuchung fand sich tatsächlich eine halbkuglige Geschwulst von derber Konsistenz und leicht höckriger Oberfläche, die mit der Haut nicht verwachsen war. Nach der Exstirpation erwies sie sich als 7,5 cm lang, 5,5 cm breit und ungefähr 1 cm dick. Mikroskopisch bestand sie überwiegend aus Bindegewebe, das stellenweise hyalin entartet war. In großer Zahl fanden sich mannigfach geformte Zellen, die namentlich die Umgebung der drüsigen Elemente infiltrierten.

Letztere hatten die Gestalt von Schläuchen, nur an einer Stelle wurde ein Bild gefunden, das an Acinusbildung erinnerte. Das Epithel in den Drüsenschläuchen war fast überall in 2—3 Schichten angeordnet, ein Befund, der hier zum erstenmal erhoben wurde, wie B. ausdrücklich betont.

Zusammenfassend meint B., daß in seinem Fall eine Mastitis pubescentium virilis offenbar nicht ohne Einfluß auf die Entwicklung der Gynäkomastie geblieben ist, wobei das Drüsengewebe einen lebhaften Anteil an der Vergrößerung des Organs genommen und vielleicht den Anstoß dazu gegeben hat.

V. E. Mertens (Breslau).

24) **E. Owen.** The »cure« of cancer.

(Lancet 1905. April 15.)

Der bekannte Autor bekennt sich hier als Pessimist in seinem Glauben an Krebsheilung durch Operation. Er berichtet über einen Fall von Brustkrebs, den er bei einer damals 55jährigen Frau in den Jahren 1876—79 behandelte und weswegen er zunächst die Mammaamputation vornahm; es traten dann im Laufe der nächsten 3 Jahre dreimal ausgedehnte lokale Rezidive auf, so daß Verf. schließlich die Kranke in das »Royal hospital for incurables« aufnehmen ließ. Dieses Frühjahr erhielt nun Verf. von der nunmehr 84jährigen Greisin einen Brief, der ihm ihr ausgezeichnetes Befinden mitteilte.

Wer möchte hier, meint Verf., behaupten, es handle sich hier um einen operativ geheilten Krebsfall im Sinn unserer heutigen chirurgischen Tabellen?

H. Ebbinghaus (Dortmund).

25) **Clairmont** und **Ranzi.** Kasuistische Beiträge zur Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

Verff. berichten über 41 Fälle von diffuser eitriger Peritonitis, welche an der v. Eiselsberg'schen Klinik beobachtet wurden. 25mal war der Ausgangspunkt der Bauchfellentzündung der Wurmfortsatz, und in 15 Fällen davon hatte es sich um den ersten Anfall gehandelt. Gegenüber den durch Perforation des Wurmfortsatzes entstandenen Peritonitiden ergab die Bauchfellentzündung im Anschluß an perityphlitischen Abszeß ein schlechteres Resultat. Von den bis zum 2. Tage operierten Fällen wurde die Hälfte gerettet, die am 3. Tage in Behandlung gekommenen Pat. starben dagegen alle. Der Wurmfortsatz wurde bei diffuser Peritonitis prinzipiell entfernt. Die Zahl der Heilungen mittels Operation betrug 40%. — Nach Magenperforation wurde 6mal diffuse Peritonitis behandelt. In fünf Fällen saß die Durchbruchstelle an der vorderen Magenwand. Zum Verschluß derselben wurde Tamponade, Naht oder Netzplastik angewandt. Die Exzision des Geschwüres erwies sich meist für die geschwächten Pat. als zu schwierig und eingreifend. Therapeutisch wurde bei diesen Fällen ebenso wie bei den vorerwähnten Appendicitispatienten Kochsalzspülung in ausgedehntem Maße verwendet. Wesentlich schien es, bei den Kranken mit Magenperforation eine Jejunostomie hinzuzufügen, um den Magen auszuschalten. Drei von den sechs Pat. überstanden den Eingriff und wurden gesund, wenn auch erst nach längerem Krankheitsverlauf. Zwei Pat. mit diffuser Peritonitis nach Duodenumperforation starben. Im übrigen handelte es sich um Peritonitiden durch Cholelithiasis, geplatzten parametritischen Abezeß, inkarzerierte Hernien und Trauma.

Das Verfahren, welches bei den diffusen Peritonitiden angewendet wurde, bestand meist in Anlegung eines Medianschnittes, wo die Diagnose nicht auf eine bestimmte Gegend als Ausgangspunkt hinwies und die Wahl einer anderen Schnittrichtung wünschenswert machte. Dann wurde die Perforationsstelle aufgesucht und auf die oder jene Art verschlossen. Unter Eventration der Därme wurde energisch mit Kochsalzlösung ausgespült, bis die letztere klar abfloß. Neben der mechanischen Wirkung der Beseitigung des Exsudates sind als weitere günstige Wirkung die Anregung der Leukocytose und die Erhöhung des Blutdruckes hervorgehoben. Als beste Versorgung der Laparotomiewunde erwies sich breites Offenlassen und

Mikulicztamponade. Subkutane Kochsalzinfusionen wurden häufig angewendet, oft 6—8mal an einem Tage je 1000 ccm der Lösung appliziert. Magenausspülungen. Einlegen eines Mastdarmrohres erleichterten oft die Beschwerden. Von Atropin und Physostigmin sahen Verff. keinen Nutzen; Morphium wurde nie gegeben, um nicht das Einsetzen der Peristaltik zu verzögern.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

26) **Wagner.** Bruchbandpelotte aus modellierbarem Material.

(Ärztl. Polytechnik 1905. März.)

Das Material dea Pelotte verflüssigt sich anfangs nach dem Anlegen des Bruchbandes durch die Körperwärme, legt sich alsdann exakt der Bruchpforte an und wird nun in dieser Lage wieder hart. Es liegt somit der Bruchpforte vollkommen plastisch an und hält den Bruch zurück, sozusagen ohne zu drücken.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

27) **J. Eisenzimmer.** Über Darmblutungen nach Brucheinklemmung.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1905.

Aus der Literatur stellt Verf. die veröffentlichten 14 Fälle zusammen und berichtet über zwei neue der Straßburger chirurgischen Klinik. Das eine Mal trat die Darmblutung nach der Herniotomie eines kindskopfgroßen Leistenbruches, das andere Mal nach der Reposition eines straußeneigroßen Hodensackbruches in Narkose auf. Bei keinem der Pat. hatte dies Ereignis ernstere Folgen. Verf. unterscheidet drei Arten von Blutungen nach Darmeinklemmung: 1) arterielle, die kurze Zeit nach der Reposition eintreten, 2) venöse, infolge von Thrombose, die erst nach mehreren Tagen durch Blutabgang im Stuhl manifest werden und 3) solche infolge Schleimhautabstoßung, die ebenfalls erst nach längerer Zeit Erscheinungen machen. Die Prognose ist nach den bisher beobachteten Fällen eine durchaus günstige.

Müller (Dresden).

28) **L. Heidenhain.** Geschichte eines Falles von chronischer Inkarzeration des Magens in einer angeborenen Zwerchfellhernie, welcher durch Laparotomie geheilt wurde, mit anschließenden Bemerkungen über die Möglichkeit, das Cardiakarzinom der Speiseröhre zu resezieren.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 394.)

Der Fall von Magen-Zwerchfellhernie betrifft einen 9jährigen Knaben, welcher früher die Radikaloperation eines linksseitigen Pleuraempyems durchzumachen gehabt hatte. Bei der Operation war vorübergehend in der Tiefe ein wie Netz aussehender Gewebsfetzen zu Gesicht gekommen, übrigens war die Heilung ungestört verlaufen. Hinterher hatten sich sehr schwere Symptome von Pylorusstenose mit großer Stauung im Magen entwickelt und, da durch Perkussion (tympanitischer Ton in der Herzgegend und unteren Axillargegend) sowie durch freilich nicht deutliche Röntgenbilder der Hinweis auf eine Zwerchfellhernie gegeben war. wird in der Vermutung, der Magen könne in dieser geknickt sein, zur Operation geschritten. Letztere, mittels Laparotomie in der Mitte, bestätigt die Diagnose. Der linke Teil des Colon transversum hat keinen Zusammenhang mit dem Magen (Fehlen des Lig. gastro-colicum) und läßt sich leicht nach unten ziehen. Der ganze Magen, mit Ausnahme der Portio pylorica, ist durch einen dicht vor der Wirbelsäule liegenden Zwerchfellspalt nach oben in die Pleurahöhle verlagert, läßt sich aber der Hauptsache nach unschwer in die Bauchhöhle zurückziehen. Zu seiner völligen Befreiung müssen noch Netzverwachsungen zu beiden Seiten des Zwerchfellspaltes unterbunden und getrennt werden. Es zeigte sich, daß diese Netzteile direkt an der großen Magenkurvatur (nicht am Kolon) gesessen hatten, und daß der Magen, um die Bruchpforte zu passieren, sich um seine Transversalachse von vorn nach unten, hinten und oben gedreht hatte (also ein »halber Volvulus« des Magens). Die Naht des Zwerchfellschlitzes, auf den es dem Verf. in technischer Beziehung wesentlich ankommt, vollendete den Eingriff. Der Spalt geht in einer

Breite von ca. 2,5 cm, unmittelbar vor der Cardia beginnend, durch die ganze linke Zwerchfellshälfte bis in die hintere Axillarlinie. Der linke Teil des Schlitzes ist bequem vernähbar. Die Stiche gehen durch die Muskulatur, das pulsierende Herz wird zurückgeschoben, vielleicht ist der Herzbeutel von den Stichen mit gefaßt. In der Mittellinie des Körpers, wo sich die Milz im Spalte fixiert fand, wird letztere mit einem Streifen Netz gedeckt. Der äußerste nach rechts gelegene Teil des Spaltes hinter und über der Leber bleibt mit Rücksicht auf große hier pulsierende Gefäße ungenäht, doch wurden nach hier zwecks Einleitung kräftiger Verwachsungen Jodoformgazestreifen eingeschoben. Es trat völlige Heilung ein.

Die Operation zeigt die Möglichkeit eines sicheren und erfolgreichen Hantierens am hintersten Zwerchfellpol, und ist diese Tatsache für die Frage der Cardiakarzinomexstirpation von Belang. Am Hunde hat H. einmal die Cardia exstirpiert und den Speiseröhrenstumpf in den Magen eingepflanzt, mit glücklichem Ausgange. Er macht für den Eingriff am Menschen folgende Vorschläge: 1) Gibt der einfache Bauchschnitt keine genügende Zugänglichkeit, so mögen eine Anzahl Rippenknorpel links unten subkutan reseziert werden. 2) Die Verbindung zwischen Speiseröhrenstumpf und Magen werde am besten am Magengrunde vorgenommen, da dieser besser beweglich und an ihm daher keine Nahtspannung zu befürchten ist. Das von der Cardiaexzision hinterlassene Loch wird geschlossen. Die Verbindung werde durch Naht, nicht, wie Sauerbruch wollte, durch Murphyknopf hergestellt; die Naht ist allemal zuverlässiger. Um auch noch die geringste Nahtspannung zu vermeiden, werde die linke Zwerchfellhälfte auf eine mäßige Strecke horizontal geschlitzt und der Magen genügend weit in das Mediastinum emporgeschoben. Er werde mit etlichen sicheren Nähten in dem Zwerchfellschlitz befestigt. 3) Beim Freimachen der Cardia ist mit der Eröffnung der Pleurahöhlen zu rechnen. Um üble Folgen einer solchen zu verhüten sind in die Pleurarisse sofort starke Tampons einzulegen. Mit ihnen kann man Pneumothorax usw. verhüten. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

29) **v. Eiselsberg.** Abgeschnürter Darminhalt einer Hernia ischiadica.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

v. E. fand bei einem $1^1/_2$jährigen Knaben eine Hernia ischiadica, welche nach dem klinischen wie operativen Befund als eine angeborene betrachtet werden mußte. Dieselbe trat oberhalb des Musc. pyriformis hervor. Den Inhalt der Hernie bildete ein total abgeschnürtes, beiderseits wie eine ausgeschaltete Darmschlinge blind abgeschlossenes Darmstück, das an einem Mesenterialstiel aufgehängt erschien und bei dem chirurgischen Eingriff exstirpiert wurde. Wahrscheinlich ist im intrafötalen Leben eine in die Hernie vorgewölbte und eingeklemmte Darmschlinge durch Gangrän mit Erhaltung des im Bruchsacke liegenden Darmteiles abgeschnürt worden. Eine andere Erklärung wäre die, daß es sich um eine angeborene Mißbildung, d. h. um ein Teratom oder um eine parasitäre Doppelmißbildung gehandelt hat. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

30) **W. Bogoljubow.** Die Darminvagination als Methode zur Ausschaltung gangränöser Darmpartien.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Eine Reihe von Autoren haben empfohlen, Darmabschnitte, die innerhalb eingeklemmter Brüche in ihrer Ernährung schwer geschädigt oder schon brandig geworden sind, einfach in den abwärts gelegenen Darm zu invaginieren und die nun aneinanderliegenden Serosen durch Lembertnähte zu vereinigen. Über die Dauererfolge dieses Verfahrens läßt sich noch nicht viel sagen. Ein Fall von nachfolgender Narbenstriktur ist jedenfalls bekannt (Henriksen). Aus dem bisher vorliegenden Materiale zieht B. den Schluß, daß der Grad der Schädigung gleichgültig sei, wogegen das invaginierte Stück nur kurz sein dürfe.

Der von B. mitgeteilte, von Rasumowski operierte Fall spricht für die Methode.

Die 50jährige Pat. hatte einen eingeklemmten linksseitigen Schenkelbruch. Es erwies sich, daß ein Stück Dünndarmwand eingeklemmt war. »Auf der Darmwand fanden sich Blutaustritte, und die Oberfläche war in einer Ausdehnung von 3 cm Länge und $^1/_2$ cm Breite geschwürig.« Die geschädigte Partie wurde invaginiert, wie oben beschrieben. Verlauf glatt.

Der Eingriff fand am 4. Februar 1901 statt. Im Mai 1904, also reichlich 3 Jahre später, war Pat. munter, hatte insbesondere keinerlei Beschwerden von seiten ihres Darmes. **V. E. Mertens** (Breslau).

31) **Wenzel.** Zur Pathogenese und Radikaloperation der großen Mastdarmvorfälle.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 19.)

Mit Waldeyer und Ludloff ist W. der Ansicht, daß die großen Mastdarmvorfälle häufig richtigerweise als Perinealhernien anzusehen sind, und daß von diesem Gesichtspunkte aus ein angeborener Tiefstand der Peritonealumschlagsfalte im Douglas'schen Raum ätiologisch für das Leiden ausschlaggebend ist. W. bezieht sich auf die Figuren 369 und 371 in Zuckerkandl's topographischem Anatomieatlas, die zwei Fälle von erheblichem Tiefstande des Bauchfells im Douglas klar veranschaulichen, so daß die quasi Bruchsackbildung daraus erhellt. Die therapeutische Konsequenz, die aus einer derartigen Anschauung sich ergibt, führt zu der Ansicht, daß der pathologische Bauchfellblindsack im Douglas zu veröden ist, und liegt einer im folgenden Falle von W. im St. Marienhospital (Prof. Witzel) gemachten Operation zugrunde. 44jährige unverheiratete Pat., stets an habitueller Verstopfung mit Schleimabsonderung aus dem Mastdarme leidend; bei Pressen fällt die Rektumschleimhaut vor, und zwar zuerst und am meisten die Vorderwand; auch besteht Retroflexio uteri. Eine Kauterisation nebst Rectococcygopexie nach König hatte keinen Dauererfolg gehabt. Deshalb jetzt in Beckenhochlagerung Ventrofixation des Uterusgrundes, der stark retroflektiert tief im Douglas gelegen hatte, dicht oberhalb der Symphyse. Das tief herabreichende Bauchfell des Douglas wird von unten nach oben von Scheiden- und Uteruswand vorn, wie hinten vom Mastdarm in ca. 6 cm Länge abgelöst und die nackten Wände vom Mastdarm und andererseits von Scheide und Uterus zusammengenäht, so daß der ventrofixierte Uterus nunmehr den Darm trägt. Zwecks Verhütung einer Darmknickung Fixierung des S romanum am vorderen Parietalperitoneum in passender Weise. Glatte Heilung, gutes Resultat.

Bei Männern wäre in ähnlicher Weise die Excavatio recto-vesicalis zu veröden.

Außer der Verödung des tiefstehenden Douglas'schen Raumes ist die Schaffung eines kräftigen Beckenbodens Aufgabe der operativen Therapie, ein Erfordernis, dem Bier's Methode zu genügen geeignet erscheint: Exstirpation des untersten Mastdarm-Schleimhautzylinders, Zusammenraffen der übrigen Mastdarmhäute durch versenkte Catgutnähte, Einnähung des oberen Schleimhautstumpfes in den After. Eine Kombination dieser Methode mit der Douglasverödung erscheint empfehlenswert. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

32) **S. Petrulis.** Die vaginale Operation des Mastdarmkarzinoms.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Nach einem Versuch, dieses Verfahren als das beste hinzustellen, führt P. drei eigene Fälle an:

1) Die 74jährige Pat. hatte eine exulzerierte Geschwulst der Aftergegend, die 5 cm hoch in den Darm hinaufreichte. Die Scheide wurde der ganzen Länge nach gespalten und der Darm nach Umschneidung der Geschwulst am Damm ohne große Mühe frei gemacht und abgetragen. Der heruntergezogene Mastdarm wurde um 180° gedreht und an die Haut genäht. Naht der Scheide. Obgleich alle Nähte aufgingen, gelang es doch, ein befriedigendes Resultat zu erzielen (Sekundärplastik). Nach 5 Jahren fortlaufender Beobachtung bekam die Kranke, die leidlich kontinent

war, ein »Leistendrüsenrezidiv«. Ob bei der Operation die Leisten ausgeräumt wurden, ist nicht mitgeteilt.

2) Pat. war 45 Jahre alt. Das obere Ende der Geschwulst, die dicht über dem After begann, war nur mit Mühe zu erreichen. In diesem Falle wurde das Bauchfell eröffnet, um den Darm beweglicher zu haben. 10 cm wurden amputiert, die Flexur wurde ohne Drehung an die Haut genäht. Es kam zu Eiterung aus den Cava ischiorectalia, die Nähte hielten aber. Nach 47 Tagen konnte Pat. mit Kontinenz für festen Stuhl entlassen werden.

3) 38jährige Frau. Geschwulst wie im vorigen Falle, aber mit Affektion des Afters. Die hintere und rechte Wand des Darmes frei, dagegen Perforation in die Scheide. Das Bauchfell wurde uneröffnet zurückgeschoben. Nach Amputation von 9 cm Darm wurde verfahren wie im vorigen Falle. Der Verlauf wurde dadurch kompliziert, daß der Darm sich zurückzog und der Damm nur mangelhaft heilte.

Die beiden letzten Fälle sind erst im Jahre 1903 operiert.

V. E. Mertens (Breslau).

33) **Ricketts.** Rupture of gallbladder.

(St. Louis med. review 1905. Februar 18.)

R. hat 203 Fälle von spontaner oder traumatischer Gallenblasenruptur zusammengestellt, um die Resultate der operativen und nichtoperativen Behandlung zu vergleichen. Von den spontanen Rupturen kamen 58% der operierten Fälle, dagegen nur 6% der nichtoperierten zur Heilung. 80% der erfolgreichen Operationen waren Cholecystotomien, 80% der erfolglosen breite Eröffnungen der Bauchhöhle. Bei den traumatischen Rupturen genasen nach der Operation 88%, ohne Operation nur 22%. **Mohr** (Bielefeld).

34) **O. Wendel.** Ein Fall von Leberabszeß.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 290.)

Junger Arbeiter, nie im Auslande gewesen und stets frei von Darmleiden, der Anfangs August $1^1/_2$ Stockwerke herab mit dem Bauch auf einen Sandhaufen fiel, war danach 4 Tage wegen Kreuz- und Leibschmerzen bettlägerig; einige Schmerzen blieben zurück, die sich unter Hinzutritt von Gelbsucht verschlimmerten. Mitte Oktober als Rekrut eingestellt, zeigte Pat. hohes Fieber mit Vergrößerung und Schmerzhaftigkeit der Leber. Nach Eiter liefernder Probepunktion am Rippenrande in der Parasternallinie Inzision, welche durch das mit der Leber verwachsene Bauchfell und eine 1 cm dicke Leberschicht in eine kleinapfelgroße Abszeßhöhle führt. Gazedrainage, Heilung. Der Lebereiter enthielt Staphylokokkus aureus. Ätiologie: wahrscheinlich Leberquetschung durch den Fall, Infektion direkt vom Darm aus oder durch die Gallenwege. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

35) **F. Ehler.** Zur Kasuistik der Gallenoperationen.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 112.)

Der Autor teilt drei sehr interessante Fälle mit:

1) Ein 45jähriger Advokat, der nie Symptome von Gallensteinen gezeigt hatte, erkrankte unmittelbar nach einer sehr opulenten Mahlzeit unter den Erscheinungen einer Darmverstopfung mit Perforationsperitonitis. Bei der Laparotomie konstatierte man Perforation der Gallenblase und entfernte 17 bis haselnußgroße Gallensteine. Bei der Sektion fanden sich Dekubitus und Perforation der Gallenblase. Die Perforation ohne vorangegangene Verwachsungen dürfte der überfüllte Magen verursacht haben.

2) Eine 32jährige Frau mit den Erscheinungen einer chronischen Appendicitis kam wegen Schmerzen und einer Geschwulst in der Ileocoecalgegend zur Operation. Bei derselben erwies sich die sehr tief liegende Geschwulst als die Gallenblase, aus der 5 Steine entfernt wurden. Heilung.

3) Eine 58jährige Frau litt seit 2 Jahren an Schmerzen in der Magengegend, seit 10 Monaten an zunehmendem Ikterus und intermittierenden Schüttelfrösten.

Große, harte, nicht schmerzhafte Lebergeschwulst. Bei der Operation fand sich eine erweiterte Gallenblase, ein dilatierter Ductus choledochus und an dessen hinterer äußerer Wand eine taubeneiförmige Geschwulst. Die Exstirpation derselben unterblieb wegen übermäßiger Blutung; nach Choledochoduodenostomie trat vollständige Heilung ein. Die Diagnose schwankte zwischen Geschwulst (Neubildung der Leber, Dilatation der Gallenwege, Ikterus) und Stein (intermittierendes Fieber, keine Kachexie). Der Autor nimmt eine gutartige Neubildung (Leiomyom oder Adenom) an der Vater'schen Papille an. **G. Mühlstein** (Prag).

36) **C. Morian.** Beitrag zur Kenntnis der Pankreasentzündungen und Fettnekrose.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1904.

M. erörtert unter wesentlicher Anlehnung an die Anschauungen Körte's das Krankheitsbild der akuten Entzündungen und Eiterungen des Pankreas. Er berichtet über fünf Fälle des Krankenhauses Huyssens Stift-Essen, deren ausführliche Krankengeschichten er bringt und die er epikritisch näher bespricht. Alle fünf sind trotz operativen Eingriffes ihrem Leiden erlegen. **Müller** (Dresden).

37) **W. Kopfstein.** Cystis pancreatica.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 427.)

Ein 45jähriger Mann hatte 12 Wochen vor der Operation einen Schlag mit einem stumpfen Instrument in die Oberbauchgegend erlitten, der von entzündlichen Erscheinungen in der Bauchhöhle gefolgt war. Binnen 6 Wochen entwickelte sich unter stetiger Zunahme der Beschwerden (Spannung im Leibe, Durchfälle, Schmerzen, Erbrechen) in den oberen Partien der Bauchhöhle eine mächtige Geschwulst, die den Magen und das Colon transversum nach vorn drängte und das Lig. gastrocolicum entfaltete. Im Zustande eines vollkommenen Kollapses wurde die einzeitige Inzision vorgenommen. Die Cyste enthielt 12 Liter einer dicken, grünlichen Flüssigkeit, deren chemische Untersuchung auf diastatisches Ferment positiv, auf proteolytisches Ferment negativ und auf Steapsin unbestimmt ausfiel. Die Cyste wurde drainiert; nach 10 Wochen war die Fistel geheilt.

G. Mühlstein (Prag).

38) **Stein.** Paraffin-Injektionsspritze.

(Ärztl. Polytechnik 1905. Februar.)

Obige Spritze ist so eingerichtet, daß man die härtesten Paraffine in kaltem, festem Zustande einspritzen kann. Man saugt sie in flüssigem Zustande ein und läßt sie in der Spritze hart werden. Paraffinembolien werden dadurch ausgeschlossen, die Spritze ist zerlegbar und gestattet verschieden geformte Kanülen aufzusetzen. Abbildungen im Original. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

39) **Solger.** Papierspekulum.

(Ärztl. Polytechnik 1905. März.)

S. ist zur Konstruktion von Papier-Pappespeculis gekommen, welche nach einmaligem Gebrauche weggeworfen werden. Sie sind sterilisierbar in heißer Luft. Man kann Ohr-, Nasen-, Scheiden-, Mastdarmspecula usw. herstellen, billig und gut.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

Berichtigung.

Pag. 620 Z. 11 v. o. lies »ontogenetischen« statt »onkologischen«.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 26. Beilage. 1905.

J. v. Mikulicz-Radecki †.

Von

A. v. Eiselsberg.

Durch den am 14. Juni erfolgten Tod v. Mikulicz's erleidet nicht nur die deutsche Chirurgie, sondern die ganze wissenschaftliche Welt einen ungemein schweren Verlust.

Johannes v. Mikulicz wurde im Jahre 1850 in Czernowitz geboren, absolvierte daselbst das Gymnasium, studierte in Wien die Universität. Sein ungewöhnliches Talent für Musik ermöglichte ihm, sich seinen Unterhalt als Student durch Erteilen von Klavierlektionen ganz selbst zu besorgen. Als junger Arzt trat er bei Billroth als Operationszögling ein, blieb dies durch 3 Jahre, um dann später Assistent dieser Klinik zu werden.

Dem glücklichen Umstande, daß er dieses großen Meisters Schüler wurde, verdankt er wohl nicht zum geringsten Teile seinen ungewöhnlichen Erfolg als Forscher und Operateur.

Nachdem er sich als Privatdozent habilitiert hatte, kam er zuerst als Abteilungsvorstand an die allgemeine Poliklinik in Wien und von da an, erst 32 Jahre alt, als ordentlicher Professor der Chirurgie nach Krakau, wo er 5 Jahre blieb; wirkte dann durch $3^1/_2$ Jahre in gleicher Stellung in Königsberg und die letzten 15 Jahre in Breslau.

Von seinen wissenschaftlichen Arbeiten sei vor allem auf die über »Genu valgum« hingewiesen, in welcher er völlig neues Licht über dieses bisher nicht genau studierte Krankheitsbild brachte. Überhaupt widmete er sich mit Vorliebe mathematisch-mechanischen Problemen, und zeigte auch später immer das regste Interesse für orthopädische Fragen.

Als sein Hauptverdienst ist wohl seine Bemühung um die Wundbehandlung zu bezeichnen; nachdem er frühzeitig die Bedeutung des Jodoforms erkannt hatte, schaffte er auf Grund von zahlreichen Experimenten den als schädlich erkannten Karbol-Spray ab, um fortan sich vorzüglich der weiteren Verbesserung der Aseptik zu widmen. Nach jeder Richtung hin hat er dieselbe vervollkommnet, ungemein viel dazu beigetragen, die Gefahren der Operationen zu verringern, nicht etwa allein durch Einführung seiner Handschuhe, Mützen und Mundbinden, sondern vor allem durch eingehendes Studium über die zweckmäßigste Versorgung der Wunde, z. B. der Höhlenwunde, was ihn zu der seinen Namen führenden Tamponade von Höhlenwunden veranlaßte.

War ja der nach seiner Intention vortrefflich eingerichtete chirurgische Operationssaal in Breslau eine Musteranstalt, die jahraus, jahrein von hervorragenden Chirurgen besucht war.

Ein ständiges Arbeitsfeld des Verstorbenen war die Behandlung der Krankheit des Digestionstraktus.

Er ist derjenige, der die Ösophagoskopie praktisch eingeführt hat.

Seine Resultate bei der operativen Behandlung der Krebse des Magens und Darmes gehören mit zu den besten; noch kürzlich hat er in der Absicht, auch das bisher inoperable Karzinom der Speiseröhre zu behandeln, seinen Assistenten Sauerbruch zum Studium über Operationen bei Unterdruck veranlaßt.

Über zahlreiche andere Arbeiten, so: Die symmetrische Hypertrophie der Speicheldrüse, über operative Erfolge bei Morbus Basedowi, über Behandlung des Caput obstipum, über Blutuntersuchung vor Operationen, Magenplastik, sei in aller Kürze hingewiesen. Die zahlreichen operativ technischen Vorschläge, bezw. Methoden, die von v. Mikulicz herrühren, brauchen hier um so weniger angegeben zu werden, da sie ja den Lesern des Zentralblattes von den Referaten her bekannt sind.

v. Mikulicz hat es, wie selten einer, verstanden, die Fortschritte der Theorie auf die praktische Chirurgie zu übertragen; mit der ihm eigenen Energie wurde eine einmal als richtig erkannte Idee weiter ausgearbeitet, sein Beispiel riß die Umgebung mit sich fort, so daß er, der aus einer so vortrefflichen Schule hervorgegangen, selbst durch seine Schule sehr viel Neues und Wertvolles zur Bereicherung unserer Wissenschaft erbrachte; er hat es wie kaum ein anderer verstanden, Zeit- und Streitfragen darzustellen und ein Bild des modernen Wissens zu geben. Er besaß eine Technik, in der ihn wohl keiner der Chi-

rurgen übertroffen, und trotzdem ließ er sich dadurch niemals verleiten, Eingriffe auszuführen, die nicht streng wissenschaftlich indiziert erschienen. Er beschränkte sich nicht allein auf die eigene Fachwissenschaft, sondern wußte in den Grenzgebieten der Chirurgie, der inneren Medizin und vor allem der Gynäkologie ebensogut Bescheid, wie in seinem so meisterhaft gut beherrschten Spezialfache.

Als Lehrer war v. Mikulicz vortrefflich, seinen engeren Schülern war er ein Muster von Pflichtbewußtsein, das er denselben einzuimpfen wußte.

Sein Leben war ungewöhnlich reich an Ehren und Auszeichnungen, er war vielfacher Ehrendoktor verschiedener Universitäten und gehörte zu den populärsten, im Auslande am meisten geehrten und geschätzten deutschen Chirurgen; seine Studienreise nach Amerika vor zwei Jahren glich einem Triumphzuge.

Vor Weihnachten bemerkte v. Mikulicz an sich einen harten Tumor in der Magengegend und war sich über die Natur seines Leidens nicht im Unklaren.

Es lag eine Tragik des Schicksals darin! Daß er, der so vielen gerade bei dieser Krankheit erfolgreich Hilfe gebracht hatte, an einer Form des Magenkrebses erkranken mußte, welche bei der Probeinzision jegliche Aussicht auf erfolgreiche Behandlung ausschloß.

Er trug sein Leiden mit der Ruhe eines Philosophen, vermied, über sich zu sprechen, und wenn er dies tat, so war dies bloß, um dem Arzte, der sich um ihn bemühte, zu danken.

Es fällt schwer zu denken, daß dieser ungewöhnlich lebhafte Mann mit den klugen Augen für immer nicht mehr ist, seine geschickten kleinen Hände für immer ruhen!

Er wird dauernd einen Ehrenplatz unter den deutschen Chirurgen als ungewöhnlich begabter Forscher, unerreichter Operateur und ausgezeichneter Arzt einnehmen und nimmer vergessen werden.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 26. Sonnabend, den 1. Juli. 1905.

Ein Hilfsmittel zu raschem und exaktem Nähen.

Von
Dr. O. Bernhard,
Spitalarzt in Samaden.

»Wer gut näht, der gut heilt«, pflegte Nussbaum mit Recht zu sagen. Dennoch sieht man sehr oft, daß der Operateur gerade nach langwierigen, schweren und aufregenden Operationen in der Tiefe gern dem Schluß zueilt und der exakten Hautnaht nicht mehr die genügende Sorgfalt widmet, dieselbe rasch und nonchalant beendet oder einem oft noch ungeübten Assistenten überläßt.

Seit einiger Zeit benutze ich als Hilfsmittel zur Naht ein Instrument, welches mir die Anlegung einer exakten Hautnaht in kürzester Zeit gestattet und namentlich auch bei Nähten in der Tiefe sehr große Vorteile und Bequemlichkeiten bietet. Das Instrument, das ich Wundklemmzange oder kürzer Wundklemme nennen möchte, ist eine kleine Tiemann'sche Kugelzange, deren Enden in einwärts gebogene, sich deckende Spitzen auslaufen, und das mit einer Stellvorrichtung wie die Péans (arrêt à crémaillère) versehen ist, ähnlich auch der Pince à deux griffes pour abaissement de l'utérus von Richelot (vide Fig. 1[1]). Nur die äußersten Branchenenden sind spitzig, dann verstärken sich die Branchen sofort konisch. Es vermindert dies die Gefahr des Durchreißens (Peritoneum).

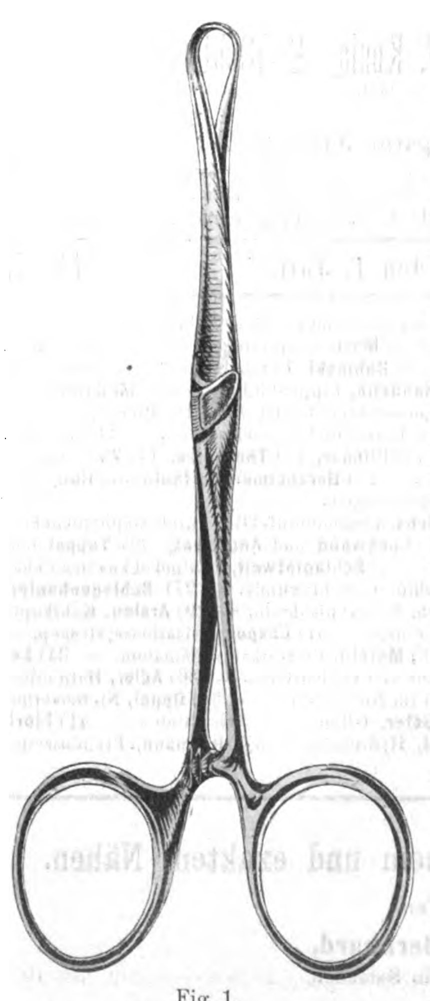


Fig. 1.

Die Anwendung desselben bei der Hautnaht ist folgende: Nachdem die beiden Wundwinkel durch eingesetzte scharfe Häkchen angezogen worden sind, werden in einer Distanz von $2^1/_2$—4 cm die Klemmzangen, deren Spitzen sich in die Haut einbohren, angelegt. Dieselben fixieren, ähnlich den Vidal-schen Serres fines oder den Michel'schen Klammern, in idealer Weise die Wundränder, und es können nun in kürzester Zeit die nötigen Knopfnähte oder eine fortlaufende Naht angelegt werden (vide Fig. 2). Jegliche Assistenz wird unnötig. Bei der fortlaufenden Naht kann der Operateur selbst den Faden anziehen und angezogen halten. Nach vollendeter Naht sind die Klemmzangen rasch entfernt. Sehr gut kann man — ein wichtiger Punkt — breite Flächen der Wunde zur Berührung bringen, die einander innig anliegen und sich nicht einkrempeln. Wie manche Störung in der Wundheilung, besonders auch manche häßliche Narbe, ist die Folge solcher, oft nur geringen, Einkrempelungen. Man ver-

[1] Das Instrument wird bei Hanhart & Co., Zürich, verfertigt.

senkt ja dabei die stets keimtragende Epidermis direkt in die Wunde! Ferner läßt sich mit den Klemmen die Nahtlinie sehr schön anziehen und während der Naht angezogen halten, in vielen Fällen ein nicht zu unterschätzender Vorteil.

Gegenüber den Michel'schen Klammern hat diese Methode den Vorzug, daß sie auch in der Tiefe angewendet werden kann. So er-

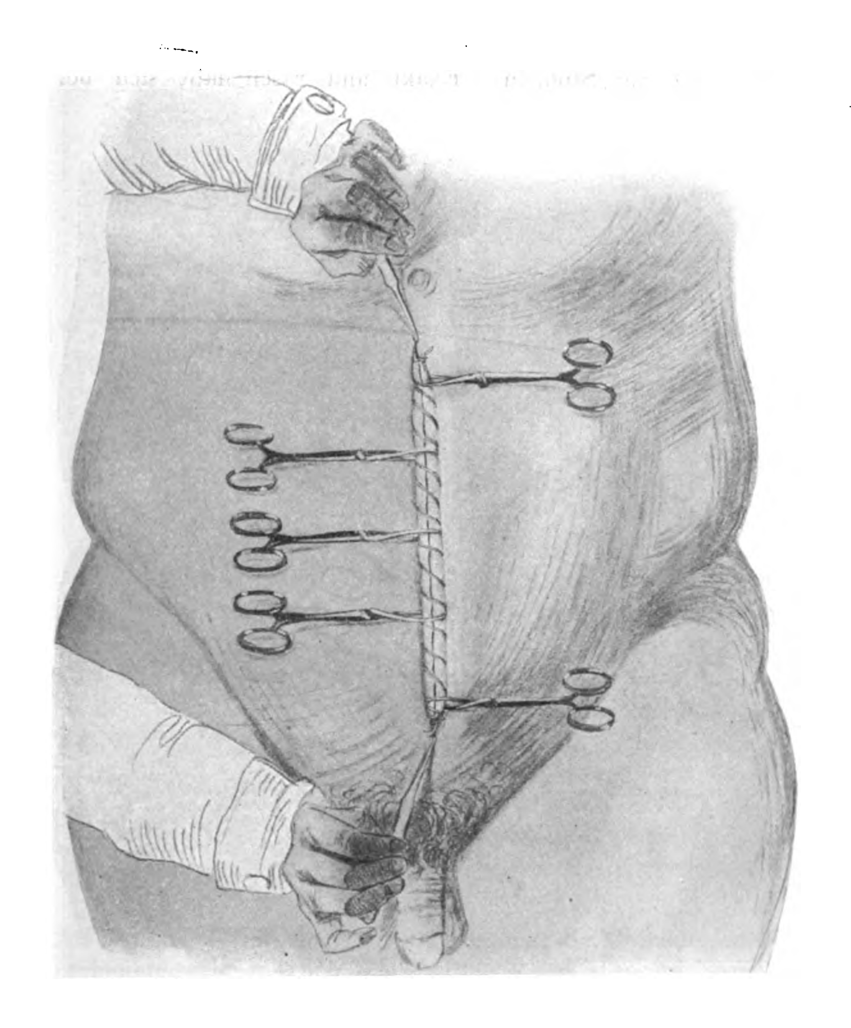


Fig. 2.

möglichen meine Instrumente einen sehr raschen, exakten Schluß einer Peritonealwunde. Nachdem die Toilette des Peritoneums beendigt ist, braucht kein Schurz mehr eingelegt zu werden, über dem man das Peritoneum vernäht und dessen Entfernung am Schluß oft Mühe verursacht, sondern die Peritonealränder werden wie die Ränder einer

Hautwunde in ihrer ganzen Länge durch die Klemmzangen einander hermetisch adaptiert. Die Bauchhöhle ist so im Nu temporär geschlossen. Durch leichtes Anziehen der Zangen und Anlegung der überwendlichen Nahttouren im Niveau der Branchenenden ist das Mitfassen von darunter liegenden Organen in die Naht selbst bei starker Aktion der Bauchpresse (Brechakt, Husten, Dyspnoe) ausgeschlossen. — Im gleichen Sinne dient mein Instrument auch zur Fixierung innerer Organe aneinander oder ans Peritoneum parietale behufs Naht, also für sämtliche Stomien. Exakt und rasch läßt sich bei der

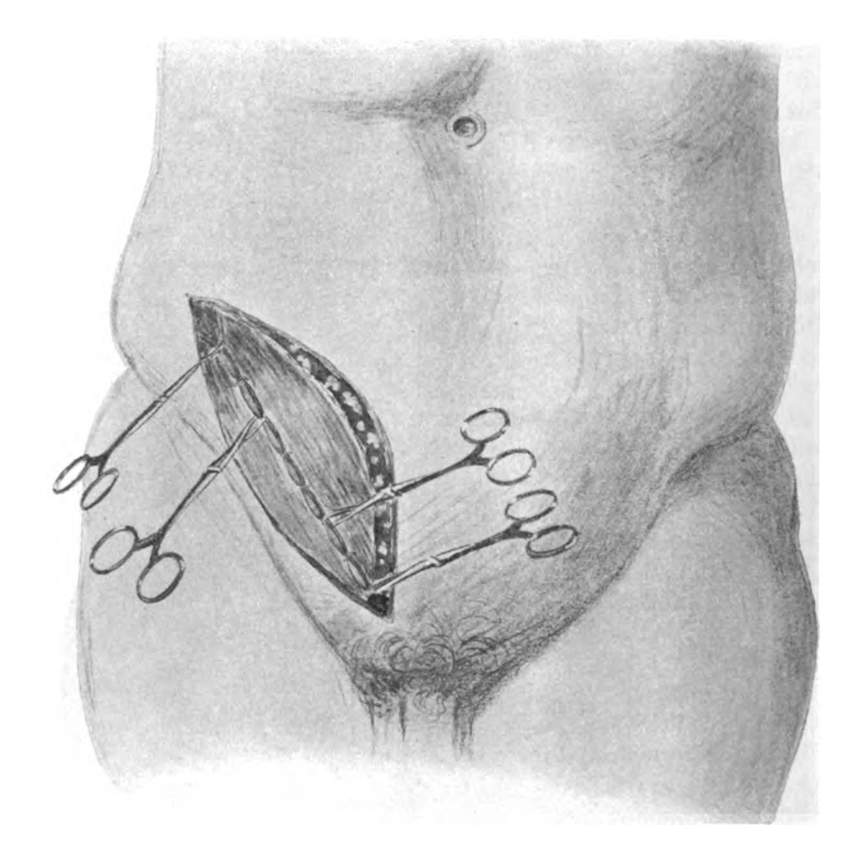


Fig. 3.

Herniotomie die Verstärkungsnaht des Leistenkanales (Kanalnaht) anlegen. Ebenso rasch und exakt vollzieht sich auch die Adaption von Muskeln und Fascien bei der Rekonstruktion der Bauchdecken (vgl. Fig. 3 u. 4).

Abgesehen von der Verwendung zur Naht dient mir das Instrument auch statt der v. Mikulicz'schen Peritonealklemmen; es hat den Vorteil, weniger Platz wegzunehmen und eignet sich noch besser

zum Emporheben der Bauchwunde, als diese. Zu diesem Zwecke benutze ich eine etwas stärkere Nummer.

Ebenso läßt es sich sehr gut zum Fixieren der das Operationsgebiet bedeckenden Kompressen oder zum eventuellen Einhaken der Kompressen oder eines Impermeabels in die Wundränder gebrauchen (z. B. wenn man sich gegen benachbarte Fisteln schützen muß).

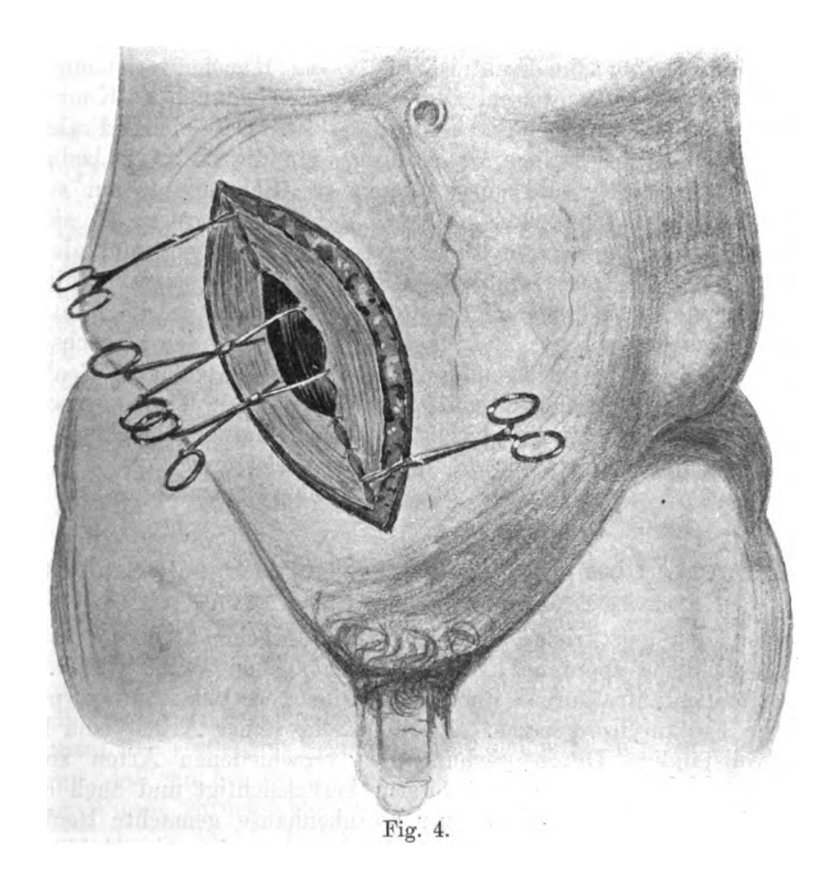


Fig. 4.

Auch in der Gynäkologie erwies sich mir die Methode, so bei der Kolporrhaphie, sehr nützlich. Die größere und stärkere Nummer bewährte sich auch sehr gut zum Herausheben des retroflektierten Uterus aus dem Douglas'schen Raum und zum Anpassen an die Bauchdecken behufs Ventrofixation.

Ich möchte dieses einfache Hilfsmittel bei meinen Operationen nicht mehr missen.

1) **Hennig.** Über subperiostale Frakturen, ihre klinische Diagnose und Erkennung im Röntgenbilde.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 263.)

Bleibt bei einer Fraktur der Periostmantel des Knochens gänzlich frei von Trennungen, so kann auch jegliche Dislokation und Beweglichkeit des Bruches vermißt werden, so daß mangels aller sonstigen Anhaltspunkte für die Frakturdiagnose die Knochenverletzung nur mittels Röntgen nachzuweisen, andernfalls aber lediglich als Kontusion, Distorsion usw. zu imponieren in der Lage ist. Dergleichen Frakturen bieten, wie sie nur geringe Beschwerden für die Kranken bedingen, auch für die leichte und ohne komplizierte Behandlung von statten gehende Heilung sehr günstige Aussichten. Sie werden, da sie vor der Röntgenära kaum erkenntlich waren, wohl häufiger sein, als man annahm. Eine besondere Prädisposition für sie besitzen rachitische Knochen und solche des Kindesalters, in welchem ja die Knochenhaut noch dicker, weicher und elastischer ist als bei den Erwachsenen.

H. publiziert in vorliegender Arbeit sieben einschlägige Beobachtungsfälle aus der Kieler Klinik. Die kurzgefaßten Krankengeschichten, denen vier röntgenographische Konturzeichnungen beigefügt sind, geben gute Paradigmata für die fragliche Verletzung.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **Grunert.** Über pathologische Frakturen (Spontanfrakturen).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 254.)

Von der ganz richtigen Überlegung ausgehend, daß es streng logisch wirkliche spontane Frakturen nicht geben kann, will G. den Namen »Spontanfrakturen« durch die rationellere Bezeichnung »pathologische Frakturen« ersetzen. Er liefert in seiner Arbeit eine kurze aber vollständige Durchsprechung der verschiedenen Arten solcher Frakturen, wobei die neuere Literatur berücksichtigt und auch einige eigene im Magdeburg-Sudenburger Krankenhause gemachte Beobachtungen kurz eingeflochten werden. Der gut orientierenden Allgemeinbesprechung ist ein 5 Seiten füllendes Literaturverzeichnis beigefügt. Ein näheres Eingehen auf den Allgemeininhalt der selbst mehr ein Referat darstellenden Arbeit hier nicht für hergehörig erachtend, wollen wir nur die recht zweckmäßige Stoffeinteilung G.'s wiedergeben:

I. Knochenbrüchigkeit infolge lokaler Veränderungen des Knochensystems.

1) Durch Geschwülste (Sarkome und Karzinome, **Schilddrüsentumoren, Enchondrome und Cysten, Echinokokken.**
2) Durch entzündliche Prozesse, infektiöse **Osteomyelitis, Tuberkulose.** Aneurysma.
3) Durch Syphilis.



II. Knochenbrüchigkeit infolge einer allgemeinen Erkrankung.

1) Nervenkrankheiten, Tabes, Syringomyelie, Geisteskrankheiten.
2) Alter.
3) Erschöpfende chronische Krankheiten.
4) Inaktivitätsatrophie.
5) Skorbut.
6) Rachitis und Osteomalakie.

III. Idiopathische Knochenbrüchigkeit.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

3) **M. Mori.** Studien über Knorpelregeneration, nach experimentellen Untersuchungen am Kaninchenohr.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 220.)

Der japanische Verf. hat seine Untersuchungen im pathologischen Institut zu Bonn angestellt. Nachdem einige einfache Voruntersuchungen an unkomplizierten Schnitt- und Stichwunden eine sehr erhebliche Beteiligung des weiter vom Knorpel abliegenden Bindegewebes am Heilungsprozeß ergeben hatten, studierte M., ob auch ohne Beteiligung des Perichondriums dieses Bindegewebe zur Knorpelregeneration ausreichte. Zur Prüfung hiervon wurden kleine Knorpelexzisionen vorgenommen, teils mit, teils ohne gleichzeitige Entfernung des betreffenden Stückchens des Perichondriums auf der einen Seite des Kaninchenohres. Die Resultate waren durchaus positiv. Nach 8 Tagen fand sich in den Wundspalten junges zellreiches, feinfaseriges Bindegewebe bezw. Granulationsgewebe, welches aus dem Bindegewebe der Nachbarschaft entsteht, auch da, wo das Perichondrium fortgenommen war. Nach 19 Tagen wandelt sich das Granulationsgewebe in jungen Knorpel mit noch kleinen Zellen um, die späterhin weiter wachsen und Kapseln bekommen. Dabei ist die Anteilnahme der Zellen des alten (verwundeten) Knorpels an der Knorpelregeneration jedenfalls nur sehr gering. In einem der studierten Präparate fand sich außerdem der interessante Befund, daß ein bei der Knorpelinzision ganz abgetrenntes und zufällig in der Wunde zurückgebliebenes Knorpelstückchen an den alten Ohrknorpel durch direkte Regeneration, nicht durch Narbengewebe anheilte.

Zwei schwarze und zwei farbige (van Gieson-Färbung) Abbildungen veranschaulichen sehr gut die wichtigsten histologischen Befunde der Untersuchung. Die Literatur zur Sache ist kurz besprochen und zum Schluß in einem 23 Nummern zählenden Verzeichnis aufgeführt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

4) **A. Läwen.** Über die Beziehungen der Enchondrome zu den multiplen kartilaginären Exostosen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 14.)

Die Arbeit bezieht sich besonders auf das gleichzeitige Vorkommen von Knorpelgeschwülsten und multiplen kartilaginären Exostosen bei

demselben Individuum, eine Erkrankungskombination, für welche L. aus der Leipziger Klinik drei Beobachtungen beibringt und eine Sammlung von sonst publizierten 17 Fällen in Tabellenform mitteilt. Von den eigenen Fällen L.'s ist besonders der erste hervorhebenswert, in welchem der 24jährige Pat. ein ganz enormes 5mannskopfgroßes Enchondrom des Schulterblattes trug. Drei verschiedene photographische Aufnahmen zeigen diese monströse Geschwulst, die sich binnen 4 Jahren gebildet hatte, und deren Beseitigung nebst dem funktionsunfähig gewordenen Arm der Pat. ablehnte. Im Falle 2 trug der 37jährige Pat. in der äußeren Knöchelgegend am Fersenbein eine Exostose, der ein pilzförmiges gänseeigroßes Chondrom mit ulzerierter Haut aufsaß, seit 12 Jahren herangewachsen. Heilung durch Operation. In Fall 3 endlich handelt es sich um einen 34jährigen Mann, bei dem sich binnen 6 oder 7 Jahren ein über mannskopfgroßes kavernöses Chondrom am Schambein entwickelte. Die von Thiersch ausgeführte Exstirpation endete tödlich. Über die bei allen Pat. gleichzeitig konstatierten vielfachen Exostosen nebst mancherlei Unregelmäßigkeiten im Knochenwachstum (Körperkleinheit, Längenverschiedenheit von symmetrischen Extremitätenteilen usw.) sei auf das Original verwiesen.

Die ätiologische Zusammengehörigkeit der Enchondrome und multiplen Exostosen zeigt sich in der vielfach konstatierten Heredität beider Erkrankungen (auch in den beiden ersten Fällen L.'s nachgewiesen), ferner darin, daß beide Erkrankungen mit Vorliebe dieselben Skelettknochen und Knorpel betreffen (Gegend der Intermediärknorpel bezw. Epiphysen der Röhrenknochen, Ränder der platten Knochen, Knorpelfugen an Becken- und Schädelknochen, Rippen, kleine Extremitätenknochen), endlich dadurch, daß neben beiden gleichzeitig allerhand Hemmungen im sonstigen physiologischen Knochenwachstum gefunden werden (geringes Gesamtlängenwachstum, Asymmetrien an den Extremitäten, Verkrümmungen derselben sowie des Brustkorbes und Gelenkveränderungen). Virchow führte beide Erkrankungen darauf. zurück, daß in früher Zeit der Knochenentwicklung kleine Knorpelmassen sich von den Bildungsknorpeln isolierten und dachte dabei an Rachitis im postfötalen Leben oder an Krankheitsvorgänge schon während der Embryonalzeit, sowie an auf Vererbung beruhende Störungen. In letzter Zeit ist man von der Annahme rachitischer Prozesse mehr zurückgekommen und besonders auf die Vererbungsfähigkeit der Affektionen aufmerksam geworden. Jedenfalls bleibt sehr wahrscheinlich, daß Enchondrome sowie multiple Exostosen auf ein gemeinsames Entwicklungstadium zurückzuführen sind. (Zum Schluß Literaturverzeichnis von 32 Nummern.) **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

5) **Babinski.** Sur le traitement des affections de l'oreille et en particulier du vertige auriculaire par la rachicentese.

(Ann. des malad. de l'oreille 1904. Nr. 2.)

B. hat bei Pat. mit Menière'schen Symptomen zur Linderung der Beschwerden Lumbalpunktion angewandt. Vor allem wird nach

seinen Erfahrungen der Schwindel dadurch günstig beeinflußt, in manchen Fällen sogar gänzlich beseitigt. Seltener wirkt die Entziehung von Liquor cerebrospinalis günstig auf die Ohrgeräusche, am seltensten auf die Hörstörung. Doch berichtet der Autor auch über einen Pat., der vor der Punktion fast völlig taub war und nach dreimaliger Wiederholung des Verfahrens Sprache 20 cm weit hörte. Die Lumbalpunktion ist nach B. in solchen Fällen völlig ungefährlich.

Hinsberg (Breslau).

---

6) **L. Loewe.** Zur Chirurgie der Nase.

Berlin, **Oscar Coblentz,** 1905. Mit 11 Taf. u. 11 Abb. im Texte.

Der Autor gibt im vorliegenden, vom Verlage sehr gut ausgestatteten Buch eine Zusammenstellung der von ihm im Laufe der letzten Jahre angegebenen Operationsmethoden zur Freilegung der Nase und ihrer Nebenhöhlen sowie der Schädelbasis. Da über diese Methoden fast sämtlich in den vier letzten Jahrgängen des Zentralbl. bereits referiert wurde, bezw. da sie zum Teil in einer Origininalmitteilung L.'s — (Zentralbl. 1900 p. 1265) ausführlich beschrieben wurden, kann ich auf ihre detaillierte Schilderung verzichten. Ihr Verständnis, das ohne Figuren zum Teil schwierig ist, wird durch die zahlreichen, recht guten Abbildungen des vorliegenden Atlas sehr erleichtert. Es handelt sich in der Hauptsache um die »Dekortikation der Gesichtsmaske«, verschiedene Methoden zur Freilegung des Siebbeinlabyrinthes, Operationen an der Stirnhöhle, »Radikaloperation« sämtlicher Nebenhöhlen, Freilegung der Basis cranii über dem Riechorgan und Abklappung des harten Gaumens nach Partsch.

Die von L. beschriebenen Methoden, zum Teil von ihm selbst ausgebildet, zum Teil Modifikationen früher bekannter Verfahren darstellend, haben, soweit ich das ohne eigene Versuche an der Leiche oder am Lebenden beurteilen kann (nur die Gaumenabklappung nach Partsch habe ich einmal ausgeführt), wohl zweifellos den Vorzug, daß sie die Aufgabe, die der Autor sich stellte, nämlich möglichst übersichtliche Freilegung der betreffenden Partien, gut lösen; doch haben sie andererseits das große Bedenken gegen sich, daß sie dies Ziel nur unter schweren Opfern erreichen. In manchen Fällen, z. B. wenn es sich um die Beseitigung bösartiger Geschwülste handelt, müssen diese mit in den Kauf genommen werden.

Wenn L. jedoch seine schweren Eingriffe — ich muß sie trotz der gegenteiligen Versicherungen L.'s, die zum Teil nur auf Versuchen an der Leiche basieren, als solche bezeichnen — zur Beseitigung von Septumanomalien oder allgemeiner Polyposis der Nase empfiehlt, so dürfte er damit kaum den Beifall der Chirurgen und Rhinologen finden. Wir besitzen Methoden, die die Beseitigung von Septumverbiegungen auf endonasalem Weg, ohne Narkose, in so vollkommener und schonender Weise gestatten, daß man die Dekortikation als vorbereitende Operation wohl nur in ganz seltenen Ausnahmefällen vornehmen wird.

Die von L. angegebene Methode zur Beseitigung des Stirnhöhlenempyems dürfte kaum geeignet sein, die heute allgemein akzeptierte Killian'sche Methode zu verdrängen, deren Wert durch zahlreiche Erfolge außer Frage gestellt ist. Ich wenigstens würde mich niemals entschließen, zur Eröffnung der Stirnhöhle einen Hautschnitt anzulegen, der von der Mitte der Stirn beginnend an der Seite der Nase herabläuft und die Oberlippe halbiert, wenn ich dasselbe Ziel durch einen später kaum sichtbaren Schnitt in der Augenbraue erreichen kann.

Die Abklappung des harten Gaumens, die früher von L. sehr häufig ausgeführt wurde, auch zur Beseitigung von Polypen oder Kieferhöhlenempyemen, wird jetzt von L. als sehr »heroischer Eingriff« bezeichnet, der nur für wenige Erkrankungen in Betracht kommt.

Allerdings glaubt L. durch einige Modifikationen in der Technik die Gefahren (bis jetzt starben von 27 bekannt gewordenen Fällen 3 — also 10%) vermindern zu können.

Wenn nun auch, wie gesagt, die L.'schen Operationen meiner Ansicht nach nur für wenige schwere Fälle in Betracht kommen werden, so werden sie in diesen doch voraussichtlich Gutes leisten. Der vorliegende Atlas ist zur Orientierung über die in Betracht kommenden anatomischen Verhältnisse sehr geeignet. **Hinsberg** (Breslau).

---

7) **E. Sandelin.** Cheiloplastik bei totalem Verluste der Unterlippe. Eine Kombination der Morgan'schen »Visierplastik« mit Schultén's Schleimhaut-Muskelplastik.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 57.)

Das in der Helsingforser Klinik eingeführte Verfahren ist eine, wie es scheint, sehr glückliche Kombination von zwei Plastiken, die beide auf Benutzung brückenförmiger Lappen beruhen. Einerseits besteht die Morgan'sche Visirplastik in Bildung eines solchen Lappens, welcher oben begrenzt ist durch die elliptische Exzisionslinie für die Unterlippe, von einem Mundwinkel zum anderen verlaufend. Ihr unterer Schnitt (»Selbstmordschnitt«) geht im ganzen dem oberen parallel von einem Kieferwinkel zum anderen, unter dem Kinn oder über den Hals verlaufend. Von der Unterlage abgelöst wird der Lappen einem Visier ähnlich in die Höhe transponiert und hat mit seinem oberen Rande die neue Lippe zu bilden. Damit er auf seiner Dorsalseite einen hinlänglichen, funktionsstörende Einschrumpfung verhütenden Schleimhautüberzug erhält, wird andererseits die Schultén'sche Plastik hinzugefügt. Über letztere ist in unserem Blatte 1895 p. 327 referiert, worauf verwiesen wird. Von der Hinterhälfte der Oberlippe wird durch von einem zum anderen Mundwinkel gehende Schnitte wiederum ein die Schleimhaut nebst Muskulatur sowie die Art. labialis enthaltender rechts- und linksgestielter Lappen gebildet, um oben auf die Hinterseite des Morgan'schen Lappens aufgesetzt zu werden. Sowohl die die Schnittführung illustrierenden Abbildungen als die beigefügten

Krankengeschichten und das Photogramm eines Operierten sprechen für das Operationsverfahren, das auch zur Ausräumung submandibularer Drüsen den besten Zugang gewährt. Nur ist die Art. maxillaris im Interesse der Ernährung des Oberlippenlappens tunlichst, am besten beiderseits zu schonen. Der Morgan'sche Visierlappen muß in passender, für die Größe der neuen Unterlippe geeigneter Höhe auf den Unterkiefer mittels eines Nagels befestigt und die Umschlagsstelle der Mundschleimhaut von der frontalen Seite des Unterkiefers vom Knochen abgelöst und hochgeschlagen werden. Der Bartwuchs auf dem Morgan'schen Lappen ist eine kosmetisch angenehme Zugabe für das Verfahren, das die Backen gänzlich unbeteiligt läßt. Der durch Hochschiebung der Unterkinnhaut hinterlassene Defekt ist unbedenklich und kann, wenn nicht durch Nähte, durch Transplantation leicht versorgt werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

8) **McCallum** and **Davidson.** Further notes on the function of the parathyroid.

(Med. news 1905. April 8.)

Verff. hatten zunächst nach dem Vorbilde von Lanz die motorischen Rindenzentren einer Seite exstirpiert und dann die Nebenschilddrüsen entfernt. Trotzdem wurden auf der gelähmten Seite tetanische Krämpfe hervorgerufen.

Die von mehreren italienischen Autoren aufgestellte Behauptung, daß das Blut tetanischer Hunde Tetanie auszulösen imstande sei, hatten Verff. an sechs Tieren geprüft und gelangten zu dem Resultate, daß selbst bei Hunden, welche des größten Teiles ihrer Nebenschilddrüsensubstanz beraubt und so prädisponiert waren, keine Tetanie sich einstellte.

Einige Versuche, die Tetanie durch Venaesektion und Infusion von NaCl-Lösung zu paralysieren, waren nur von ganz vorübergehendem Erfolge begleitet. Die Tiere gingen alle an ihrer Tetanie zugrunde.

Drei Hunden wurde eine Emulsion von Hirn gesunder Tiere, teils intraperitoneal, teils subkutan und intravenös injiziert, ohne einen bleibenden Erfolg zu erzielen.

Milchdiät hatte bei zwei Tieren nur einen ganz geringen Einfluß auf den Verlauf der Tetanie. Hungern und ausgiebige Darmentleerung steigerten die Krämpfe.

In acht Fällen beherrschte die Kachexie das Krankheitsbild; darunter hatten zwei Fälle überhaupt keine tetanischen Krämpfe aufzuweisen. Verff. erklären ein solches Verhalten dadurch, daß noch genügend Nebenschilddrüsensubstanz zurückgeblieben war, um das Ausbrechen einer Tetanie zu verhüten, daß dieselbe aber zur Erhaltung des Lebens nicht ausreichte.

Vier parathyroidektomierten Hunden wurde Nebenschilddrüsensubstanz subkutan, intraperitoneal und intravenös injiziert, ohne daß

damit ein andauernder Erfolg erzielt wurde. Bei einem Hunde waren die Injektionen erfolgreich, derselbe verendete jedoch an einer Wundinfektion. Die Autopsie ergab, daß noch Nebenschilddrüsen zurückgeblieben waren.

Der Lusena'schen Behauptung, die Tetanie parathyroidektomierter Tiere durch Thyroidektomie paralysiert zu haben, können Verff. nicht beipflichten. Sie machten zehn Versuche dieser Art. Der Verlauf der Tetanie bot gar keinen Unterschied.

Der Verlauf bei der reinen Parathyroidektomie ist ein stürmischer. Die nicht behandelten Tiere erlagen den ersten Anfällen.

Die Verff. betrachten endlich die Tetanie der Nebenschilddrüsen beraubter Tiere nicht als den Effekt ungehinderter toxischer Einwirkung der restierenden Schilddrüse, sondern lediglich als eine Ausfallserscheinung der Funktion der Nebendrüsen.

Hofmann (Heidelberg).

---

9) **H. Ribbert.** Die Traktionsdivertikel des Ösophagus.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 351.)

Auf Grund der Untersuchung von zwölf Divertikeln der Speiseröhre tritt R. erneut für seine schon früher geäußerte Ansicht ein, daß die Traktionsdivertikel nicht durch Schrumpfung entzündlich erkrankter und mit der Speiseröhre verwachsener Lymphdrüsen entstehen, sondern daß für das Zustandekommen dieser Abnormität in den weitaus meisten Fällen eine kongenitale Anomalie in der Speiseröhrenwand und des zwischen ihr und der Bifurkation der Luftröhre gelegenen Bindegewebes verantwortlich zu machen sei. R. leitet diese Abnormität aus einer Entwicklungsstörung ab, welche bei der Trennung der Luftröhre von der Speiseröhre eintritt und darin besteht, daß zwischen beiden Teilen eine mehr oder weniger weitgehende Beziehung durch einen von der Luft- zur Speiseröhre laufenden, oft nur wenig ausgeprägten Bindegewebszug erhalten bleibt, und daß da, wo dieser Zug sich an die Speiseröhre anheftet, deren Wand nicht völlig normal gebildet ist. Es findet sich nämlich stets an dieser Stelle ein abnormes Verhalten der Muskellagen, die eine mehr oder weniger ausgedehnte Lückenbildung aufweisen; letztere kann bei der regelmäßigen Beschaffenheit des Bindegewebes nicht durch Fortschreiten und durch Eindringen einer Entzündung entstanden sein, sondern muß als primär aufgefaßt werden. Wenn nun bei Verschiebungen der Speiseröhre jener Bindegewebszug die abnorme Wandstelle der Speiseröhre fixiert, kommt es naturgemäß an jener, weil sie weniger widerstandsfähig ist, leicht zu Ausbuchtungen. Narbig-entzündliche Schrumpfungen, die sich in diesem Strang oftmals abspielen, bilden nur ein die Divertikelbildung unterstützendes Moment.

Doering (Göttingen).

---

10) **R. Picker.** Der Pneumokokkus Fraenkel als Krankheitserreger in den Harn- und Geschlechtsorganen.

(Zentralblatt für die Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 3 u. 4.)

Der Pneumokokkus Fraenkel ist — wie Verf. durch Fälle aus der Literatur nachweist — bisher auf allen Schleimhäuten des menschlichen Körpers gefunden worden. Er kommt dort nicht stets als obligat pathogene Mikrobe vor, sondern kann auch im menschlichen Organismus in mehr oder minder saprophytischer Form vegetieren. Verf. berichtet über das Vorkommen des Pneumokokkus im weiblichen und männlichen Urogenitaltraktus und gibt die Krankengeschichten zweier Pat. mit Urethrititen, die durch den Pneumokokkus verursacht wurden. Eigene und aus der Literatur bekannte Tierversuche erläutern die sehr lesenswerten Ausführungen. **Grunert** (Dresden).

---

11) **E. Remete.** Das Thiosinamin, ein Hilfsmittel in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 4.)

Die in der jüngeren Literatur verzeichneten Berichte über Erfolge der Thiosinaminbehandlung bei Narben der Speiseröhre, bei pleuritischen Schwarten usw. haben den Verf. bestimmt, Thiosinamin zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen heranzuziehen. Das durch Behandlung von 20 Kranken gezeitigte Resultat lautet, »daß das Verfahren in der Mehrzahl der Fälle von entschieden konstatierbarem günstigen Erfolge begleitet war«, wobei aber ausdrücklich zu bemerken ist, daß mit der Thiosinaminbehandlung eine spontane Erweiterung der Striktur weder erzielt, noch erwartet wurde, daß vielmehr das Mittel nach Ansicht des Verf. neben der graduellen Dilatation nur eine das Verfahren erleichternde, beschleunigende Rolle spielt.

Grunert (Dresden).

---

12) **Pilcher.** Studies on the pathology and etiologie of obstructive hypertrophy and atrophy of the prostate gland.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

P. unterscheidet drei Formen der Prostatahypertrophie: 1) die große und weiche Prostata, 2) die relativ kleine und harte Prostata, und 3) aus beiden gemischte Typen. Die große weiche Prostata variiert sehr in Form und Größe, sie hat eine ziemlich dicke, aus glatten Muskelfasern und fibrösem Gewebe bestehende Kapsel, welche sich leicht abstreifen läßt. Bei der suprapubischen Operation wird diese Kapsel, wenn die ganze Drüse entfernt wird, nicht abgestreift, sondern mit ausgeschält aus der Scheide, die den Prostatakörper bedeckt. Hierbei kann durch Verletzung der Venenplexus eine nicht unerhebliche Blutung entstehen. Bei der perinealen Operation wird die dicke Kapsel gespalten und aus ihr die Drüse ausgehülst; dabei werden die Venen nicht verletzt. Die kleine und harte Prostata hat eine mit ihr stark

verwachsene Kapsel, deren Isolierung von der höckerigen Drüse durch perinealen Schnitt oft recht schwierig ist. Mikroskopisch zeigt die weiche hypertrophische Vorsteherdrüse das Bild der hypertrophischen und hyperplastischen Drüse mit erweiterten und vermehrten Acini; auch das interacinöse Gewebe ist vermehrt. Die kleine harte hypertrophische Prostata läßt mikroskopisch zwei Formen erkennen: a. eine, in welcher bei vermehrtem interacinösen Gewebe die Drüsenläppchen kleiner geworden sind und b. eine, in welcher bei vermehrter Zwischensubstanz kleinere und einzelne hyperplastische und erweiterte Acini gesehen werden. Bezüglich der Ätiologie glaubt Verf. der Gonorrhöe keinen allzugroßen Einfluß beimessen zu dürfen; er meint, daß es sich um eine degenerative, durch das Alter hervorgerufene Veränderung handelt. Bei vorhandener Disposition können verschiedene Ursachen: venerische und alkoholische Exzesse, übertriebenes Reiten, klimatische Ursache die Krankheit zum Ausbruch bringen. **Herhold** (Altona).

---

13) **Thorndike.** Has the catheter a place in the treatment of chronic prostatic of hypertrophy?

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

T. fürchtet, daß die Fortschritte in der Prostatachirurgie die palliative Behandlungsmethode der Hypertrophie vermittels des Katheters verdrängen. Da aber die Prostatektomie bei dem meist vorgeschrittenen Alter der Pat. als eine ernste und schwere Operation zu bezeichnen ist, so soll in allen leichten Fällen nach Verf. die Prostatahypertrophie vermittels Katheter behandelt werden. Erst wenn Schmerzen beim Katheterisieren eintreten und das letztere zu häufig ausgeführt werden muß, soll die Operation einsetzen. T. glaubt, daß intelligente Leute ganz gut ein Katheterleben führen können, wenn der Residualharn nur 1—2 Unzen beträgt. Ist die Menge des Residualharns größer, und sind die Pat. außerdem so wenig intelligent, daß eine Infektion der Blase durch das Katheterisieren zu befürchten ist, so soll operiert werden. Aber auch bei kräftigen und nicht zu alten Pat. ist die Prostatektomie dann nicht auszuführen, wenn es sich um überdehnte atonische und insuffiziente Blasen handelt. Hier kann die Operation nur dann nützen, wenn die Atonie der Blase durch entsprechende Behandlung beseitigt ist. **Herhold** (Altona).

---

14) **Watson.** Some anatomical points connected with the performance of prostatectomy.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

W. ist ein großer Anhänger der perinealen Prostatektomie, die nach seiner Ansicht durch Gouley im Jahre 1873 eingeführt wurde. Diese Gouley's »rapid finger enucleation« besteht darin, daß die prostatische Harnröhre vom Damm aus eröffnet und nun die Prostata durch die seitlich gespaltene Harnröhre sehr schnell mit dem Finger

rechts und links ausgeschält wird. Die Verletzung der Ductus ejaculatorii kann man sicher hierbei vermeiden, wenn man den Boden der Harnröhre nicht mit einreißt, da die Ductus ejaculatorii nicht in den Seitenwänden, sondern am Boden der Harnröhre beiderseits lateral einmünden. Die Fingerspitze soll bei der Enukleation immer nach oben und außen arbeiten, dann vermeidet man auch eine Verletzung des Mastdarmes. Ist die innere Kapsel der Prostata sehr fest mit dieser verwachsen, so muß man die Drüse stückweise entfernen, da beim Aushülsen aus der äußeren fibrösen Scheide schwere Blutungen eintreten. Ragt der mittlere Lappen sehr weit in die Blase, so daß man ihn perineal nicht erreichen kann, so soll man den suprapubischen Weg für die Enukleation anschließen. Die suprapubische Methode ist nach Verf. nicht von Freyer zuerst angegeben, sondern von McGill und Belfield. Freyer kommt nur das Verdienst zu, diese Methode in England wieder ans Licht gebracht zu haben. W. schließt mit einem Apell an die internen Kollegen, die an Prostatahypertrophie Erkrankten nicht zu lange mit dem Katheter zu behandeln, sondern sie bald dem Chirurgen zuzuführen. Mehrere sehr gute Abbildungen über die perineale Operationsmethode sind der Arbeit beigefügt.

Herhold (Altona).

---

15) **T. Tuffier.** De la douleur dans le rein mobile.

(Presse méd. 1904. Nr. 90.)

Der Schmerz ist das hauptsächlichste Symptom der Wanderniere, aber er ist außerordentlich wechselnd, sowohl in seinem Auftreten überhaupt, als in seiner Intensität, seiner Lokalisation und seiner Dauer; bald tritt er andauernd, bald in periodischen Unterbrechungen auf, bald strahlt er nach der Umgebung aus. Die richtige Erkennung dieser Symptome ist nach Ansicht des Verf. wichtig für die Prognose sowohl als die Therapie. An zwei Krankengeschichten wird das Gesagte erläutert und des weiteren die Frage der traumatischen Wanderniere angeschnitten und vom Verf. dahin beantwortet, daß häufig das Trauma als Auslösung des Schmerzes bei einer vorher indolenten Wanderniere beobachtet werde. Endlich werden für die Differentialdiagnose die Symptome bei Erkrankungen der anderen Bauchorgane sowie bei anderen Erkrankungen der Niere gewürdigt.

Grunert (Dresden).

---

16) **Herxheimer, Gotthold** u. **Walker Hall.** Über die Entkapselung der Niere.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXIX. p. 152.)

Verff. experimentierten an gesunden und durch neutrales Ammoniumchromat nephritisch gemachten Kaninchen.

Ihre Resultate sind folgende: Die Nierenkapsel bildet sich nach der Enthülsung bald neu und übertrifft an Dicke die alte beträchtlich. Anastomosen der umgebenden Gewebe bezw. der neugebildeten

Kapsel mit der Niere, so daß von einem ausgedehnten Kollateralkreislauf gesprochen werden könnte, bilden sich hierbei nicht. Die Tiere vertragen die Enthülsung ohne dauernde oder besondere Schädigung. Die durch Vergiftung mit Ammoniumchromat erzeugte Nephritis wurde durch die Enthülsung, soweit sich dieses klinisch und anatomisch nachweisen ließ, weder günstig noch nachteilig beeinflußt. Ein genaues Literaturverzeichnis bildet den Schluß der Arbeit.

Doering (Göttingen).

---

17) **Abel.** Torsion des Samenstranges.

Inaug.-Diss., Straßburg i. E., 1904.

Verf. gibt eine kurze Zusammenstellung der bis dahin veröffentlichten Fälle von Samenstrangtorsionen; er fügt diesen einen weiteren von ihm operierten hinzu. An der Hand dieses Materiales werden die für eine Torsion in Frage kommenden anatomischen Vorbedingungen, Art, Grad, Richtung der Torsion, Häufigkeit der Rezidive, Symptomatologie und Therapie besprochen. Verf. hält die von Nash empfohlene subkutane manuelle Resorption nur für Ausnahmefälle für geeignet, da durch diese naturgemäß Rezidive nicht verhindert werden können. Es empfiehlt sich vielmehr, den Hoden freizulegen, die Torsion zu beseitigen und den Hoden festzunähen. Erst wenn nach erfolgter Retorsion Gangrän eintritt, soll die Kastration folgen.

Coste (Straßburg i. E.).

Kleinere Mitteilungen.

18) **Haberer.** Zur Kasuistik der Knochencysten.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

H. schildert die Krankengeschichten von zwei interessanten Fällen von Knochencysten. Beidemal handelte es sich um sonst ganz gesunde Individuen, bei welchen mehrfache Frakturen derselben Gliedmaßen verzeichnet sind und bei denen die Erkrankung von Difformität der betroffenen Skelettabschnitte begleitet war. Bei dem ersten Pat. handelte es sich um multiple Prozesse, während bei dem zweiten eine isolierte Cyste in einem einzigen Knochen, dem rechten Oberarme, vorlag. Die Cyste bei dem letztgenannten Kranken blieb stationär, während bei dem anderen der Krankheitsprozeß ein progredienter ist, insofern die Knochengeschwülste permanent, wenn auch langsam, zugenommen haben, und zwar an verschiedenen Abschnitten des Skelettsystems. H. konnte mikroskopisch die Diagnose auf Sarkom stellen und ist der Ansicht, daß man trotz des langsamen klinischen Verlaufes und der geringen Bösartigkeit der Krankheit von dieser Diagnose nicht abgehen dürfe. Er kann seinen Fall deshalb auch nicht dem von v. Mikulicz als besonderer Krankheitsgruppe aufgestellten Fällen von Osteodystrophia cystica zurechnen. Die Frage, ob in dem vorliegenden Falle multiple Geschwülste oder Metastasen einer Geschwulst anzunehmen sind, kann Verf. nicht definitiv entscheiden; indes hält er vermutungsweise die erste Annahme für die richtigere. Auf Grund seiner eigenen Beobachtung und analoger Literaturveröffentlichungen nimmt er an, daß es Fälle von multiplen Knochensarkomen, und zwar Riesenzellensarkomen gibt, die einen relativ gutartigen Verlauf nehmen und die einer radikalen chirurgischen Therapie gerade infolge ihres mehrfachen Auftretens nicht zugänglich sind. Mittels des Röntgenbildes kann man in solchen Fällen nicht nur die Diagnose sichern, sondern auch den Verlauf des Prozesses kontrollieren und

die Pat. davor bewahren, daß so energische und radikale Maßnahmen getroffen werden wie bei anderen Sarkomformen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

19) **Friedrichs.** Ein merkwürdiger Fall von Allgemeininfektion durch Staphylokokken.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1906. Hft. 3.)

Ein Soldat hatte sich beim Marschieren die kleine Zehe wund gescheuert; im Anschluß daran schwoll der Fuß an, und auf dem Fußrücken bildeten sich eine Anzahl mit heller Flüssigkeit angefüllter Blasen. 2 Monate, nachdem bereits Heilung und Dienstfähigkeit eingetreten war, zeigten sich nach Wundscheuern dieselben Erscheinungen am Fuß und außerdem am Körper ein scharlachähnliches Exanthem. Wieder einige Monate später ohne Wundscheuern dasselbe Krankheitsbild mit Fieber und geringen Spuren Eiweiß im Harn; nach Abheilen dieser Krankheit blieb der Kranke verschont. Der Inhalt der Fußblasen enthielt Staphylokokkus aureus und citreus; mit diesen Kokken geimpfte Mäuse gingen nach 3 bis 5 Tagen zugrunde. F. glaubt, daß es sich um eine 3mal von einer geringfügigen Fußverletzung ausgehende Allgemeininfektion des Körpers gehandelt habe.

Herhold (Altona).

20) **Frank Elvy.** The value of nitro-glycerine in the practice of surgery.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 7.)

Ein 50jähriger Mann mit schwerer Nierenerkrankung, Drahtpuls, Urinverminderung, Albuminurie, Kopfschmerzen, bietet alle Zeichen einer beginnenden Gangrän der linken Hand. Inzision ohne Erfolg. Allgemeinbefinden verschlechtert sich. Amputation abgelehnt. Daher wird ein Versuch gemacht, durch eine Dosis Nitroglyzerin 0,0006 die kontrahierten Arterien, die Verf. als die Hauptursache der Gangrän ansieht, günstig zu beeinflußen. Schon am nächsten Tage Besserung. Heilung nach Ausstoßung einiger nekrotischer Phalangen. Verf. empfiehlt das Nitroglyzerin für Fälle von Gangrän mit mangelhaftem Zufluß arteriellen Blutes infolge hochgradiger Kontraktion der Arterien. **W. Weber** (Dresden).

21) **C. B. Lockwood and F. W. Andrewes.** A case of cutaneous anthrax successfully treated by Sclavo's serum.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 7.)

Bei einem 31jährigen Manne wird 4 Tage, nachdem er einen roten Fleck an der Wange beobachtet hat, im St. Bartholomews Hospital ein typischer Anthrax mit Bazillennachweis, Kultur und Tierversuch diagnostiziert. Weil die sonst in England übliche Exzision eine bedeutende Entstellung mit Gefahr des Ektropiums verursacht hätte, wird ein Versuch mit dem Serum von Prof. Sclavo (Siena) gemacht. Subkutane Einspritzung von 40 ccm des Serums. Keine Besserung in den folgenden 2 Tagen, örtlich im Gegenteil eine Verschlimmerung bei leidlich gutem Allgemeinzustande. Vom 3. Tage an schnelle Besserung. Heilung. Verff. betrachten den Fall als einen Beweis erfolgreicher Wirkung des Serums! Pat. war Roßhaararbeiter. **W. Weber** (Dresden).

22) **Toupet et Lebret.** Guérison d'un cas de charbon par les injections de lipiodol.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 27.)

Verff. empfehlen zur Vermeidung der Allgemeininfektion bei Pustula maligna Injektionen von Lipiodol (Lafay). Man kann von diesem Öl pro die 5—10 ccm — 1 ccm enthält 428 Tropfen Jodtinktur — ohne Gefahr injizieren. Verff. machten in ihrem Fall 8 Tage hindurch täglich intramuskuläre Injektionen von 5 ccm. Der Karbunkel selbst wurde mit einmaliger Kauterisation und Injektion von 5 ccm Jodtinktur, sodann mit feuchten antiseptischen Verbänden behandelt.

V. E. Mertens (Breslau).

23) **J. Dsirne.** Aus dem Gebiete der Hirnchirurgie.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

D. hat Gelegenheit gehabt 25 Epileptiker zu operieren.

Von diesen litten 11 an genuiner Epilepsie. Einer wurde durch die Operation zu einem arbeitsfähigen Menschen, alle übrigen blieben unbeeinflußt. Dagegen brachte der Eingriff bei den anderen 14, an Jacksonepilepsie leidenden, ausnahmslos einen »vollen Erfolg«. In allen Fällen wurde nach dem Prinzip Kocher's verfahren, d. h. trepaniert und der Defekt nicht gedeckt; 2 von den Jacksonepileptikern mußten 2mal operiert werden. Bei einem Pat. hatte sich im Laufe von 13 Monaten (in diese Zeit fielen zwei leichte Anfälle) eine knöcherne Narbe gebildet, nach deren Entfernung die Anfälle endgültig ausblieben. Bei dem anderen wurde eines Anfalles wegen schon nach 3 Wochen wieder operiert, worauf dauernde Heilung eintrat. In Beobachtung nach der Operation waren: 1 Pat. durch 4 Jahre, 4 durch 2—$2^1/_2$ Jahre, 4 durch 15—23 Monate, die übrigen kürzere Zeit, d. h. 2—11 Monate. **V. E. Mertens** (Dresden).

24) **W. Schlagintweit.** Über einen Fall von intra- und extrakraniell gelegenem Echinokokkus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 208.)

Klinisch und besonders durch brillanten Operationserfolg interessanter Fall aus dem Hamburg-St. Georger Krankenhause (Dr. Wiesinger). 18jähriges, zunächst nur wegen Nackenschmerzen und Nackenschwellung rechts aufgenommenes Mädchen, gegen welches Luesverdacht vorlag. Nach 4wöchiger Beobachtung, während welcher die Nackenschwellung größer und fluktuierend geworden war, tritt heftiger Schwindel, Schwerhörigkeit, Kopfschmerz, sowie Sehfähigkeitsstörung mit Stauungspapille auf, so daß auf intrazerebralen Druck geschlossen und eine energische antiluetische Kur begonnen wird. Keine Besserung, fluktuierende Geschwulst hinter dem rechten Ohre, deutliche temporale Hemianopsie. Operation: Geschwulst durch Schnitt in das Lig. nuchae freigelegt. Es ist eine große Blase, die in seröser Flüssigkeit eine Unzahl kleiner Bläschen enthält. Sofortiger Nachweis von Echinokokkushäkchen. In der Ausdehnung des Echinokokkus ist der Schädelknochen fein usuriert, zeigt aber nirgends ein sondierbares Loch. Trotzdem wird er mit dem Meißel vorgenommen, und sowie der Knochen emporgehoben, quollen gelblich-dickflüssige Massen mit zahlreichen Echinokokkusbläschen aus dem Schädelinnern heraus. Entfernung der Schädeldecke, soweit sich Bläschen fanden, zwischen Warzenfortsatz, Sinus transversus und longitudinalis. Die Bläschen lagen sämtlich extradural und hatten das Gehirn ziemlich erheblich komprimiert. Trotz eines interkurrierenden, rasch ablaufenden Erysipels gute Heilung mit schleuniger Besserung des Allgemeinbefindens. Stauungspapille schwand in 18 Tagen, die Sehschärfe wurde fast völlig normal, und bereits nach $^1/_4$ Jahr war Pat. wieder voll arbeitsfähig. An der den Schädeldefekt deckenden Haut geringe Pulsation fühlbar. S. führt die vorhanden gewesenen Hirnerscheinungen und Sehstörungen auf Zunahme der Zerebrospinalflüssigkeit im Schädelinnern und speziell auf einen vermehrten Druck im III. Ventrikel, resp. auf dem Boden des Recessus zurück. Zu dem Fall interessierende Daten aus der Literatur der Echinokokken, zumal der Hirnechinokokken, sind angezogen. (Literaturverzeichnis von 20 Nummern.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

25) **Legura.** Sur un cas de double mastoïdite de Bezold. Opération. Guérison.

(Ann. des malad. de l'oreille 1904. Nr. 2.)

Der von L. mitgeteilte Fall (Mann von 65 Jahren) von »Bezold'scher Mastoiditis«, d. h. von Bildung eines Halsabszesses nach Durchbruch eines Empyems des Warzenfortsatzes in die Fossa digastrica, ist aus zwei Gründen bemerkenswert: Einmal wegen seiner Doppelseitigkeit und zweitens deshalb, weil es sich auf der einen Seite um eine sogenannte »primäre Mastoiditis« handelte: das Mittel-

ohr war vollkommen normal, während der Warzenfortsatzabszeß deutliche Symptome machte. L. nimmt an, daß es sich um eine Infektion von der Tuba aus handelte, die in der Paukenhöhle sehr schnell ausheilte, während sie im Warzenfortsatze, dessen Hohlräume sich gegen das Mittelohr abschlossen, zu tiefgreifender Zerstörung führte. **Hinsberg** (Breslau).

26) **Bobbio.** Raro caso di ferita della fascia. (Aneurisma falso della carotide interna. Lezione del vago e dell' ipoglosso.)

(Giorn. de R. accad. di med. di Torino 1905. Nr. 1 u. 2.)

Messerstich in die linke Wange nach innen und unten. Mächtiges Hämatom bis zur Fossa supraclavicularis abwärts. Spontane Resorption, wonach eine pulsierende Geschwulst wächst, die Regio submaxillaris und parotidea bis an die Wirbelsäule hin einnehmend. Die Arteriae temporales pulsieren synchrom. Beginnendes Aneurysma spurium der Carotis interna. Ligatur der Carotis communis. Die Geschwulst heilt. Ferner bleibende Lähmung des linken Stimmbandes und des linken Hypoglossus. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

27) **F. Schlagenhaufer.** Ein Fall von Angioma racemosum der Art. alveolaris inferior.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 446.)

Ein 26jähriger Pat. kam mit der Angabe in Behandlung, er blute seit einiger Zeit aus einem Zahne. Die Untersuchung ergab, daß der letzte linke Molarzahn des Unterkiefers kariös war, während der mittlere sich gelockert erwies. Das Zahnfleisch, entsprechend dem ersten Molarzahn, zeigte eine Vorwölbung, die Zahnfleischränder sämtlicher Zähne waren blutig tingiert. Bei einer leichten Berührung der Zähne entsteht plötzlich eine außerordentlich heftige Blutung — es schießt ein gänsefederdicker Blutstrahl über 1 m hoch empor. Auf Digitalkompression steht die Blutung eine Zeitlang, doch wird am folgenden Tage infolge erneuter starker Blutung die Unterbindung der Carotis externa notwendig. Auch letztere bringt die Blutung nicht zum Stehen; sie wird erst durch eine nach dem Vorgange von v. Mikulicz ausgeführte Abschnürung des Unterkiefers mittels zweier elastischer Ligaturen beherrscht. Der Kranke erliegt jedoch dem großen Blutverluste. Die ausführliche Beschreibung des anatomischen Verhaltens der Art. alveolaris inf., die sich, wie aus Injektionspräparaten hervorgeht, unmittelbar nach ihrem Eintritt in den Knochen zu einem Konvolut dickerer und dünnerer arterieller Ästchen sich aufknäuelt, muß im Originale nachgelesen werden.

Einen gleichartigen Fall von Aneurysmabildung konnte Verf. aus der Literatur nicht finden. In der v. Mikulicz'schen Mitteilung handelte es sich um ein Aneurysma racemosum der Art. maxill. externa. Auch hier hatte die Ligatur der Carotis communis nichts genutzt. **Doering** (Göttingen).

28) **F. Semon.** Soft fibrome of the larynx and neck, removed by external operation, without opening the cavity of the larynx.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 7.)

S. beschreibt einen von ihm mit Erfolg operierten Fall von weichem Fibrom des Kehlkopfes und der Weichteile des Halses, das von der Pat. zuerst vor 16 Jahren als Schwellung in der linken Regio submaxillaris bemerkt wurde. Eine bald darauf vorgenommene Kehlkopfuntersuchung stellte auch im Kehlkopf eine Geschwulst fest. Sehr langsames Wachstum beider Teile der Geschwulst führte 3 Jahre später zur Tracheotomie. 10 Jahre nach Beginn der Symptome stellte S. eine bewegliche Geschwulst in der linken Regio submaxillaris und eine Geschwulst im Kehlkopfe selbst fest, die fast das ganze laryngoskopische Bild verdeckte. Pat. befand sich mit ihrer Trachealkanüle leidlich wohl und wünschte keinen Eingriff. Endlich zwangen neu auftretende Symptome, wie Tränenträufeln, Conjunctivitis, Speichelfluß, Hustenreiz bei Berührungen der äußeren Geschwulst, die einen Rückschluß

erlaubten auf Mitbeteiligung des Sympathicus, zur Operation. In genauer Anlehnung an einen fast gleichen Fall von Bruns, beschrieben im »Handbuch der praktischen Chirurgie«, entfernte S. die Geschwulst durch Schnitt von außen und fand dabei eine im ganzen gut pflaumengroße Neubildung, die mit einem dünnen Stiele zwischen Schildknorpel und Zungenbein sich in das Innere des Kehlkopfes hineinsenkte. Der intralaryngeale Teil der Geschwulst ließ sich stumpf auslösen ohne Verletzung der Schleimhaut. Die ihrer Stütze beraubte Schleimhaut selbst wurde mit Nähten fixiert, weil sie bei jeder Inspiration stark nach einwärts gezogen wurde. Die fast 13 Jahre lang getragene Kanüle wurde beseitigt. Glatte Heilung. Wohlbefinden bis jetzt. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein ödematöses Fibrom von durchaus gutartigem Charakter, dessen Ausgangsort nicht mehr zu bestimmen war. S. meint, die bestimmten Angaben der Pat. über periodische Zunahme und Abnahme im Umfange der äußeren Geschwulst ließen sich wohl erklären durch den verschiedenen Gehalt von Ödem. Einen einzigen ähnlichen Fall hat, wie erwähnt, v. Bruns beschrieben. **W. Weber** (Dresden).

29) **Arslau.** Traitement chirurgical des épithéliomes du larynx par la voie naturelle; deux nouveaux cas opérés avec succès.

(Ann. des malad. de l'oreille 1904. Nr. 2.)

A. hat vor 2 Jahren zwei Fälle von mikroskopisch sichergestellten Kehlkopfkarzinomen publiziert, die durch endolaryngeale Exstirpation der Geschwulst geheilt worden waren. Im Anschluß daran berichtet er nun über zwei neue, analoge Beobachtungen; beim einen Pat. sind seit der Operation 4 Jahre, beim anderen 20 Monate verflossen, ohne daß sich ein Rezidiv gezeigt hätte. Nach der Beschreibung handelte es sich um bereits ziemlich große Geschwülste. A. betont diesen Erfolg im Gegensatze zu Semon, der endolaryngeale Eingriffe bei Kehlkopfkrebs verwirft. **Hinsberg** (Breslau).

30) **Blecher.** Über künstliche Gebisse in der Speiseröhre und ihre Entfernung.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1905. Hft. 3.)

B. bespricht die chirurgische Behandlung verschluckter Gebisse und schildert einen einschlägigen von ihm operierten Fall. In dem letzteren saß das mit scharfen Haken an beiden Seiten versehene Gebiß 20 cm von der Zahnreihe unbeweglich in der Speiseröhre. Da Extraktionsversuche erfolglos waren, und Pat. bereits fieberte, wurde der Speiseröhrenschnitt ausgeführt, durch denselben eine Zange eingeführt und das Gebiß, da der Schnitt in der Speiseröhre zu klein war, durch die Zange in den Rachen geschoben. Sodann wurde es vom Munde aus mit dem Finger hervorgeholt. Abgesehen von einer vorübergehenden linksseitigen Rekurrenzlähmung verlief der Fall durchaus günstig. Der Mann wurde dienstfähig.

Herhold (Altona).

31) **Casper.** Ein neues Irrigationscystoskop.

(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 3.)

Um ein Irrigationscystoskop zu haben, mit dem man während des Spülens cystoskopieren und das zugleich desinfiziert werden kann, hat C. ein Instrument konstruiert, bei dem sich der Irrigationskanal von dem übrigen Cystoskop abnehmen läßt. Die genauere Einrichtung muß aus den beigegebenen Abbildungen ersehen werden.

Der Irrigationskanal wird wie ein gewöhnliches Metallinstrument gekocht und mittels eines Schiebers an dem mit Seifenspiritus desinfizierten Instrument befestigt.

Das ganze bildet dann ein völlig rundes, glattwandiges Cystoskop von Durchmesser 23 Charrière. **Willi Hirt** (Breslau).

32) **Wallerstein.** Über die Fistula urethrae penis congenita vera.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1904.

Unter wahrer angeborener Penisfistel versteht Verf. eine angeborene abnorme Öffnung (meist der Harnröhre) am Penis bei sonst ganz normal gebildeter Harnröhre, bei normal gebildetem Orif. ext., die sich an einem im übrigen normal gebauten Penis vorfindet.

Ein derartiger Fall bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde wird aus der Straßburger chirurgischen Klinik beschrieben. Der Penis war von normaler Länge, 2 bis 3 cm lang.

An seiner unteren Seite, etwa in der Mitte, fand sich ein ovaler, $^3/_4$ cm langer, $^1/_3$ cm breiter Hautdefekt. Seinen Grund bildet normal gefärbte Schleimhaut; eine schmale, wenig tiefe Rinne durchzieht die Stelle in ihrer ganzen Länge. Am vorderen distalen Ende dieser Rinne ist eine etwa stecknadelkopfgroße Öffnung. Beim Sondieren gelangt man sowohl durch das Orif. ext. urethrae nach außen, als auch nach hinten in die Blase. Die Hauptmenge des Urins fließt aus der Fistel aus. Die Entstehung der Mißbildung erklärt Verf. durch eine intra-uterine Umschnürung des Penis durch einen Amnionstrang nach Analogie der Fistelbildungen, die im späteren Leben durch Umschnürungen mit Fäden, Haaren usw. entstehen.

Vor dem 6.—8. Lebensjahre soll die Mißbildung nicht operiert werden.

Willi Hirt (Breslau).

33) **Morelli.** Ematoma prevesicale.

(Nuova rivista clin. terapeut. 1905. Nr. 3 u. 4.)

Ein 30jähriger Mann fällt auf den Damm und mit dem Bauch gegen eine Mauer. Es bildet sich eine Geschwulst aus, die die Form der gefüllten Blase hat. Dabei schneller Puls. Spontaner Abgang klaren Urins. Katheterismus ergibt Blase leer; Verdacht auf falschen Weg widerlegt sich dadurch, daß man die Blase füllen kann, wonach sie sich im Strahl entleert und das Anschlagen der Wand an den Katheterschnabel fühlbar wird. Diagnose nunmehr prävesikales Hämatom. Beckenbruch ausgeschlossen. Die Differentialdiagnose mit Blasenruptur wird besprochen. Heilung erfolgt nach Bettruhe, Eisapplikation.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

34) **Leotta.** Le varici della vescica.

(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 11.)

Nach der Lithotripsie eines 55jährigen Mannes, bei welcher es nicht mehr als gewöhnlich geblutet hatte, trat am Abend eine schwere Blasenblutung auf, die zur Cystotomie zwang. Oberhalb der linken Harnleitermündung fühlte man eine nußgroße Erhebung. Blasentamponade. Es gelang allmählich, die Blutung zum Stehen zu bringen. Pat. starb aber an einer Urininfiltration der perivesikalen Räume. Bei der Sektion fanden sich multiple, über die ganze Schleimhaut zerstreute Erweiterungen der Venen; auch die erwähnte Geschwulst war aus Varicen gebildet. Die Hohlräume sind mit Endothel ausgekleidet und besitzen reichlich elastische Fasern in der Wand, aber keine Muskulatur.

Eine Cystoskopie hatte vor der Operation nicht stattgefunden. In einem ähnlichen Falle ist stets dem Steinschnitte der Vorzug zu geben.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

35) **G. Fantino.** Contributo allo studio dei calcoli delle vie urinarie e biliari.

(Morgagni 1905. Nr. 2–4.)

Verf. hat bei 900 Operationen von Kindern unter 7 Jahren in 8% der Fälle Steine gefunden. Er weist auf das komplementäre Verhältnis der Gallensteine zu den Harnsteinen hin. Erstere sind in Bergamo selten. Bei 48% von Blasensteinoperierten lagen gemischte Oxalate und Urate vor, nur in 13% reine Phosphate, Oxalate oder Urate. Unter 52 Fällen von Cystitis Steinkranker lagen 22mal Oxalatsteine vor, was mit der rauhen Oberfläche der letzteren zusammenhängt. Die

Cystitiden mit einer Bakterienart, und namentlich diejenigen mit Bakterium coli, erwiesen sich dabei als die — ceteris paribus — gutartigsten. Unter den Operationsmethoden der Blasensteine sieht Verf. von den perinealen Eingriffen ganz ab, übt selbst nur die Sectio alta, während er nur für gewisse Fälle und bei großer Geschicklichkeit des Operateurs die Lithotrypsie gelten läßt, die er selbst nur 2mal ausgeführt hat. Bei 72 Epicystotomien hatte F. 3 Todesfälle (2mal an vorher bestehender schwerer Pyelonephritis, 1mal an einem vorher bestehenden schweren Darmkatarrh eines Kindes). Bemerkenswert sind die Erfolge der Blasennaht, welche F. stets auch bei infizierten Blasen vorgenommen hat. Nur in 3 Fällen unter 21 infizierten Blasen hielt die Naht nicht. Der Erfolg ist auf den Gebrauch eines Dauerkatheters und die Drainage des Cavum Retzii zurückzuführen. Nur in den schwersten Fällen von Cystitis wurde die Drainage der Blase ausgeführt. Die mittlere Heilungsdauer der genähten Fälle betrug 24 Tage, die der drainierten 52 Tage.

Verf. setzte Gallensteine und gleich dicke Stücke von Lebergewebe und Muskel gleichzeitig Röntgen-Strahlen aus und fand, daß die Steine dieselben mehr durchließen als die Gewebe, bis auf 6% Ausnahmen, bei denen zur Hauptsache Kalksalze vorlagen. Diese letzteren Steine gaben auch Schattenbilder, wenn sie in das Lebergewebe von Kindern und nicht zu fetter Erwachsener eingenäht wurden. Im Gegensatz zu den fast immer röntgographisch nachweisbaren Blasensteinen ist der Nachweis von Nierensteinen, namentlich rechts, schwierig und der von Gallensteinen nur in erweiterten Gallenblasen leicht. Die Schatten sind am stärksten bei Kalkoxalaten, geringer bei Erdphosphaten und am schwächsten bei Uraten und Tripelphosphaten.

Dreyer (Köln).

36) **Adler.** Beitrag zur Kenntnis der primären Tumoren des Ureters.

(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 3.)

Es handelt sich um ein Karzinom der Harnleiterschleimhaut, das teilweise papillär, teilweise nach dem Typus eines verhornenden Plattenepithelkrebses gebaut ist. Verf. erörtert die Frage, ob diese Verschiedenartigkeit des Baues durch Metaplasie des geschichteten Epithels zu Plattenepithel entstanden sei, oder ob es sich um zwei verschiedenartige Karzinome in demselben Organe handle, die nebeneinander entstanden seien und sich gegenseitig durchwuchert hätten. A. entscheidet sich für Metaplasie, 1) da die Schleimhaut des übrigen normal aussehenden Harnleiters sonst nirgends Plattenepithelbildung zeigte, und 2) da die Fähigkeit des geschichteten Epithels des uropoetischen Systems, auf länger wirkende Reize mit Metaplasie zu Plattenepithel zu reagieren, bekannt ist. Ferner ist der Fall dadurch interessant, daß sich eine ganz vereinzelte Metastase im Körper des 4. Lendenwirbels entwickelt hatte.

Willi Hirt (Breslau).

37) **Biondi.** Osservazione di metaplasia dell' epitelio della pelvi renale.

(Atti della R. accad. in Siena 1904. Nr. 7.)

Der von B. vorgestellte merkwürdige Fall ist kurz folgender: Die 35jährige Pat. bot die Anzeichen einer rechtsseitigen Pyelonephritis calculosa. Nephrektomie. Heilung. Beim Durchschnitt der Niere fanden sich keine Steine; das Nierenbecken enthielt zahlreiche handschuhfingerförmige Verzweigungen, die sich bis zur Corticalis hin erstreckten und atherombreiähnliche Massen enthielten. Die Schleimhaut des Nierenbeckens hatte darunter auf große Strecken hin ein glattglänzend, weißes, epidermoides Aussehen erhalten. Es handelte sich also um eine Verhornung und Epidermisierung des Epithels infolge chronischer Entzündung.

A. Most (Breslau).

38) **W. A. Oppel.** Die subkutanen Verletzungen der Niere vom klinischen Gesichtspunkte.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Pat., 19 Jahre alt, empfing einen Hufschlag in die linke Lende, der ihn für eine Stunde bewußtlos machte. Er erwachte mit heftigen Schmerzen in der linken Seite und ließ blutigen Urin.

Die linke Lendengegend war sehr druckempfindlich, etwas vorgewölbt. Dämpfung bis zur vorderen Axillarlinie. Die Blase enthielt 150 ccm blutigen Urin konnte aber leicht gereinigt werden, so daß es gelang, cystoskopisch den Austritt von Blut aus dem linken Harnleiter festzustellen. Da der Bauch allmählich aufgetrieben wurde, der Puls auf 125 stieg und die Dämpfung sich der Mammillarlinie näherte, wurde — nach erfolgreichem Katheterismus (trüber, eitriger Urin) des rechten Harnleiters — $27^1/_2$ Stunden nach dem Unfall am 14. Juli 1904 zur Operation geschritten:

Die Kapsel war durch ein Hämatom von der Niere abgehoben, die an ihrer Konvexität eine ca. $1^1/_2$ cm tiefe Rißwunde aufwies neben einigen kleinen Rissen nach dem Hilus hin. Die Höhle wurde tamponiert, die Bauchdeckenwunde verkleinert. Der Verlauf war zunächst glatt, die Fistel schloß sich am 31. August. Die Menge des etwas eitrigen Urins betrug bis 5000 ccm. Am 3. September wurde in der linken Harnleitermündung ein Eiterpfropf gesehen. Am 5. September wurde, da Pat. über Schmerzen klagte, mit Harnleiterkatheter links eine Menge Eiter entleert. Am 10. September brach die Narbe auf und entleerte reichlich eitrigen Harn; am 12. kam eine inkrustierte Ligatur zum Vorschein. Der weiterhin auftauchende Verdacht auf einen subphrenischen Abszeß erwies sich als ungerechtfertigt. Die Fistel schloß sich am 6. Oktober endgültig.

Es mußte also angenommen werden, daß schon zur Zeit des Traumas links eine Pyelitis bestand, und daß im Nierenbecken zurückgebliebene Blutgerinnsel eine »Exacerbation der schon vorhandenen Eiterung hervorriefen«. Um nun auch über den Zustand des rechten Nierenbeckens Gewißheit zu haben, wurde der rechte Harnleiter katheterisiert mit dem Resultate, daß auch hier eine Pyelitis aufgedeckt wurde. Um diese Eiterungen womöglich zu heilen, wurden im Laufe der nächsten 4 Wochen beide Nierenbecken (immer erst das rechte und dann das linke) je 5mal gespült mit Höllensteinlösungen, steigend von 1 : 5000 bis 1 : 1000. Das subjektive Resultat war befriedigend, insofern die Schmerzen ganz aufhörten: Dagegen verschwand weder das Eiweiß, noch das schleimig-eitrige Sediment.

Pat. wurde am 7. November entlassen.

O. tritt lebhaft für die Benutzung des Cystoskops in derartigen Fällen ein; einmal zur Sicherung der Diagnose (Verletzung der Blase?), dann um sich von dem Vorhandensein der zweiten Niere zu überzeugen.

V. E. Mertens (Breslau).

39) **Sexton.** The surgery of nephritis.

(Cincinnati Lancet-clinic 1904. Mai 28.)

Bericht über mehrere Fälle von chronischer Nephritis, welche mit Enthülsung behandelt wurden. In einem Falle, wo die Niere nach einem Jahre wiederum freigelegt wurde, ergab sich, daß sich zahlreiche ausgedehnte und sehr gefäßreiche Verwachsungen mit der Nierenoberfläche gebildet hatten.

Bei einer zweiten Pat., welcher wegen chronischer parenchymatöser Nephritis mit Übergang in Scrhumpfniere beide Nieren enthülst wurden, waren 11 Monate später alle Erscheinungen zurückgegangen und die meisten ganz geschwunden, während vor der Operation der Zustand, trotz strikter Diät, sich stetig verschlimmert hatte.

Mohr (Bielefeld).

40) **H. Küster.** Über Gliome der Nebennieren.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXX. p. 117.)

K. beschreibt zwei im Mark der Nebenniere entstandene bösartige Geschwülste, von denen die erste Metastasen in der Leber gebildet hatte. Für den mikroskopischen Bau dieser Geschwülste fand K. kein Analogon in der Literatur. Als charakteristische Merkmale werden angeführt der Reichtum an rundlichen, chromatinreichen Kernen, das Fehlen von Protoplasma, welches durch ein feines Filzwerk von Fäserchen ersetzt wird und die Neigung der Kerne zur Rosettenstellung. K. führt dann den Nachweis, daß diese Neubildung zu den in Frage kommenden zellreichen Geschwülsten — Karzinom und Sarkom — nicht gerechnet werden können,

daß sie aber gewisse Merkmale des Baues mit dem Gliagewebe bezw. den Geschwülsten der Neuroepithelzellen gemeinsam haben. Er glaubt sich hierdurch berechtigt, die beiden Geschwülste als den Gliomen nahestehende Neubildungen ansprechen zu dürfen.

Die genauere histologische Beschreibung ist im Original einzusehen.

Doering (Göttingen).

41) **Fiori.** Contributo alla conoscenza dei tumori retroperitoneali.
(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 12.)

F. berichtet über zwei retroperitoneale Geschwülste aus der chirurgischen Klinik zu Modena.

1) 53jährige Frau. Leidet seit 3 Jahren an Leibschmerzen. Der Leib ist entsprechend einer Schwangerschaft von 7 Monaten aufgetrieben. Eine harte, z. T. höckrige Geschwulst nimmt die linke Bauchseite ein, das Kolon ist nach rechts verschoben; Laparotomie durch Prof. Ruggi. Nach Spaltung des Bauchfells wird die Geschwulst ausgeschält, wobei der linke Harnleiter auf dem größten Teile seines Verlaufes reseziert werden muß; die Geschwulst reicht nach unten bis ins kleine Becken, sitzt dicht an den Wirbeln an. Tod an Peritonitis. Mikroskopisch ergibt sich der Befund eines reinen Myoms. Gewicht 2,8 kg.

2) 37jährige Frau leidet seit 20 Jahren an Schmerzanfällen im Leib und einer schon damals konstatierten, seitdem langsam gewachsenen Geschwulst. Dieselbe, kopfgroß, noch verschieblich, nimmt vorwiegend die rechte Bauchseite ein. Das Colon ascendens liegt vor und rechts von ihr. Die Laparotomie ergibt eine Cyste mit milchkaffeefarbener Flüssigkeit. Tod an Peritonitis. Sektion ergibt, daß die Cyste vor dem 12. Dorsal- bis 3. Lumbalwirbel liegt und die Cava und Aorta nach links verschoben hat. Mesocolon transversum liegt an ihrer Vorderseite. Mikroskopisch ergibt sich eine Geschwulst von der Struktur einer Nebennierenstruma mit starker Neigung der alveolär angeordneten Zellen zu Erweichung, wodurch die Cyste entstanden war. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

42) **Brouardel.** Injection de cocaine dans une hydrocèle. Mort. Relation médico-legale.
(Ann. d'hygiène publique et de méd. légale 1905. Hft. 4.)

Chirurgisch interessiert folgendes:

Ein Postschaffner zog sich durch Sturz eine Hämatokele zu. Der Angeklagte wandte das von Tillaux empfohlene Verfahren an — Entleerung der Flüssigkeit durch Punktion —, Injektion einer 5%igen Kokainlösung, die sofort abgesogen wird, Injektion von Jodtinktur nach 24 Stunden. B. ließ die Flüssigkeit durch Punktion ab, injizierte etwa 40 g einer 5%igen Kokainlösung, die er 3—4 Minuten in der Höhle ließ und dann absog, und zwar seiner Ansicht nach vollkommen, da nach Herausziehen des Trokars Blut aus der Injektionsstelle sickerte. 1/4 Stunde nach der Injektion klagte Pat. über Angst und Schwäche und starb nach 1/2 Stunde unter Krämpfen. Die Sektion ergab Arteriosklerose und pleuritische Schwarten. Ich möchte hinzufügen, daß Tillaux im Jahre 1889 allerdings die 5%ige Lösung empfohlen hat, in einer erneuten Ausgabe seiner Chirurgie (1897) indes vor derartigen Dosen warnt. **Coste** (Straßburg i. E.).

43) **K. Hörmann.** Über Pseudoascites bei Ovarialtumoren und dessen klinische Bedeutung. (Aus der kgl. Univ.-Frauenklinik München.)
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 12.)

In den mitgeteilten zwei Fällen bestand die im Bauche der betreffenden Frauen vorhandene massenhafte Flüssigkeit in der Hauptsache aus dem Sekrete der cystischen Ovarialgeschwulst, die an einer Stelle eingerissen war und seit längerem durch die vernarbte Perforationsöffnung ihren mucinösen Inhalt in die freie Bauchhöhle entleert hatte. Es handelte sich also im wesentlichen um einen Pseudoascites.

Kramer (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreißigster Jahrgang.
Nr. 27—52.

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.

1905.

// Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 27. **Sonnabend, den 8. Juli.** **1905.**

Zur Operation der komplizierten Hasenscharte.

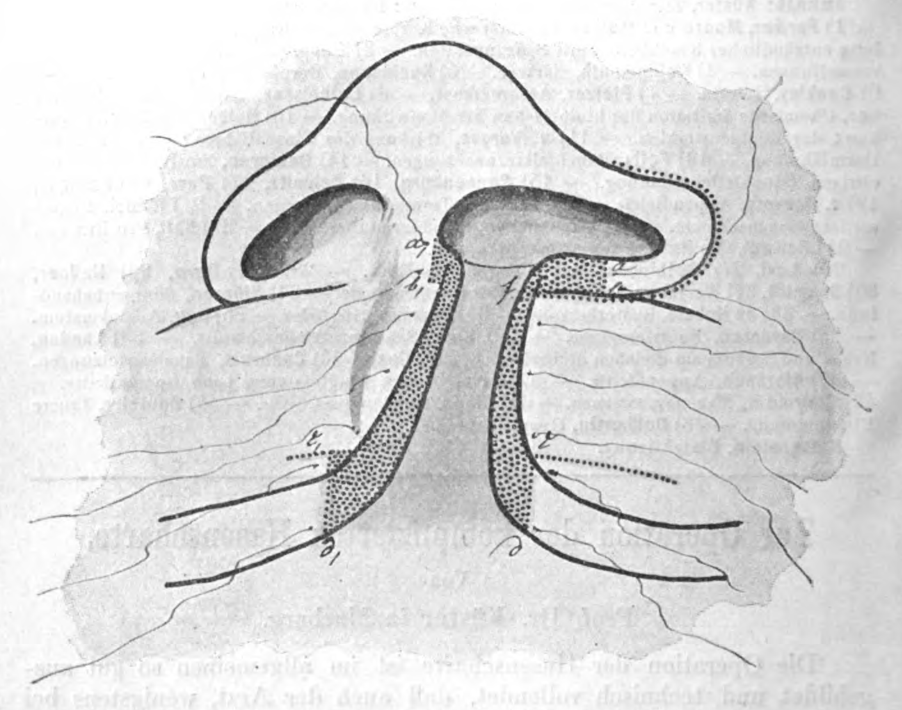
Von

Prof. Dr. **Küster** in Marburg.

Die Operation der Hasenscharte ist im allgemeinen so gut ausgebildet und technisch vollendet, daß auch der Arzt, wenigstens bei den häufigsten Formen dieses Leidens, nicht leicht in Zweifel sein wird, wie er sich zu verhalten habe. Immerhin bleiben doch einige Punkte übrig, welche so wenig befriedigend entwickelt sind, daß ich mir erlauben möchte, dieselben mit wenigen Worten zu berühren.

Das betrifft zunächst die Blutstillung während der Operation. Die Hauptblutung erfolgt bekanntlich aus den Oberlippenästen der Art. coronaria oris, welche man in der Regel dadurch zu beherrschen

sucht, daß ein Gehilfe von oben her die Oberlippe umgreift und auf beiden Seiten die Gegend der Mundwinkel mit Daumen und Zeigefinger zusammendrückt. Gewöhnlich genügt das auch. Allein bei jungen Kindern und breiter Spalte sind die Finger nicht selten im Wege und hindern die Übersicht in dem Maße, daß eine genaue Ausschneidung und Zusammenfügung der Lappen erschwert ist. In allen solchen Fällen habe ich daher seit etwa 15 Jahren die Finger durch zwei dicke Umstechungsfäden aus Seide ersetzt, welche in der Nähe der Mundwinkel durch die ganze Dicke der Wange hindurchgeführt und am Lippenrot geknüpft werden. Sie verschließen nicht nur vollständig beide Arterien während der Dauer der Operation, sondern die lang gelassenen Fäden dienen auch als Zügel, welche, ohne jemals hinderlich zu werden, während des Ausschneidens und Wundmachens die Lippen in genügende Spannung versetzen. Nach Vollendung der Naht, welche nun ihrerseits die Blutstillung besorgt, werden die Fäden beseitigt; sie hinterlassen niemals eine sichtbare Narbe.



Ein zweiter Punkt, der in meiner Klinik zur Ausbildung eines besonderen Verfahrens geführt hat, betrifft die Bildung und Wiederherstellung des in die Wange verzogenen Nasenflügels und einer gerundeten Form des Nasenloches. Es ist bekannt, daß alle Lippenspalten, welche bis ins Nasenloch reichen, mit einer Verbreiterung und häßlichen Abflachung des entsprechenden Nasenflügels verbunden sind, wodurch auch das Nasenloch eine spaltförmige, von der Nasenscheide-

wand zur Wange reichende Form erhält (vgl. Figur). Man hat diesen Zustand durch Ablösung der Lippe und der Wange vom Oberkiefer (v. Ammon), oder durch Ablösung des Nasenflügels in der Nasolabialfalte und Verlagerung desselben nach einwärts (Dieffenbach) zu beseitigen gesucht. Wer öfter in dieser Weise operiert hat, weiß, wie wenig in der Regel damit gewonnen wird, da dennoch der Nasenflügel flach, das Nasenloch breit und spaltartig zu bleiben pflegt, ganz abgesehen davon, daß letzteres dabei meistens einen häßlichen Einkniff am hinteren Umfange behält, den mit Sicherheit zu vermeiden bisher kaum gelungen ist.

Ich bilde das Nasenloch seit mindestens 15 Jahren in folgender Weise: Die Anfrischung der Spaltränder und die Bildung eines Lappens vom Lippenrot nach der Methode Mirault-Langenbeck erfolgt in gewöhnlicher Weise (cdc_1d_1). Bei breiten Spalten wird auch die Wange an der lateralen Spaltseite unterminiert, um sie recht beweglich zu machen. Dann folgt die Ablösung des Nasenflügels durch einen Schnitt, welcher nicht am äußeren Nasenlochwinkel endet, sondern sich bis an den lateralen Spaltrand unter Bildung eines schmalen, aber doch derben Lappens fortsetzt (Fig. f). Dieser Zipfel wird nun soweit nach der medialen Seite des Nasenloches hinübergezogen, bis man eine vollkommene Rundung des Nasenloches erreicht hat. An der entsprechenden Stelle wird der Lappen, der gewöhnlich etwas verkürzt werden muß (abf), nach Anfrischung einer kurzen Stelle am medialen Rande des Nasenloches bei a_1b_1 angenäht; dann folgt die Naht der Lippenspaltränder. Zum Schluß wird auch der Nasenflügel wieder mit der Wange vereinigt, von welcher ihn in Folge der Verziehung der Umrandung des Nasenloches ein klaffender Spalt trennt. Um aber durch diese Nähte nicht einen bedenklichen Zug auf die verlagerte Umrandung auszuüben, empfiehlt es sich, dieselben in der Richtung von außen unten nach innen oben anzubringen, wodurch der Nasenflügel einen ziemlich kräftigen Zug nach abwärts erleidet.

Mit den kosmetischen Ergebnissen dieser Operationsmethode habe ich alle Ursache sehr zufrieden zu sein. Das Nasenloch bleibt rundlich, der platte Nasenflügel erhält eine stärkere Wölbung; und wenn die Difformität auch nicht immer gänzlich ausgeglichen wird, so fällt ein Vergleich mit den häßlichen Abplattungen, welche die meisten anderen Methoden hinterlassen, doch sehr stark zugunsten des von mir geübten Verfahrens aus.

---

1) **J. B. Farmer, J. E. S. Moore** and **C. E. Walker.** Resemblances existing between the »Plimmer's bodies« of malignant growths and certain normal constituents of reproductive cells of animals.

(Lancet 1905. Mai 27.)

Verff. betonen die Ähnlichkeit der bekannten Plimmer'schen Körperchen bei Karzinom mit Erscheinungen an den Zellen der

Spermatogenese bei Wirbeltieren. Die Abbildungen in der Arbeit bestätigen allerdings diese Ähnlichkeit auf das Deutlichste. Weitgehende Schlüsse ziehen Verff. vorläufig nicht aus den Befunden ihrer überaus interessanten Untersuchungen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

2) **R. Klapp.** Über die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittels Saugapparaten. (Aus der kgl. chirurg. Klinik zu Bonn, Prof. Bier.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

Zur Erzielung einer Stauungshyperämie bei entzündlichen Erkrankungen am Rumpfe lassen sich die von Bier für die Gliedmaßen konstruierten und vorzüglich funktionierenden Saugapparate nicht gut verwenden, weil ihre Anpassung an die Rumpfformen schwierig ist. K. hat sich deshalb zunächst für die Behandlung der Mastitis einen neuen Apparat anfertigen lassen, der aus einer abgeschnittenen Flasche aus dickem Glas und von etwa 20 cm Durchmesser besteht, deren Hals durch einen von einer Kanüle durchbohrten Gummistöpsel verschlossen ist. Die Ränder der Schnittfläche sind abgerundet oder sogar umgeschlagen und werden zum Gebrauche des Apparates mit Salbe dick bestrichen; die Kanüle wird mittels eines Gummi- oder Metallschlauches mit einer einfachen großen Saugspritze verbunden. Den Grad der Ansaugung und damit den der Hyperämie und Expansion der Brustdrüse in dem luftverdünnten Raume schätzt man am besten nach den Angaben der Pat. über das dabei entstehende Gefühl ab; man soll den höchsten Grad der Stauung bis zur roten, leicht bläulichen Verfärbung der Mamma, soweit dies ohne Schmerzen möglich ist, erreichen, die ersten Saugsitzungen täglich $^3/_4$—1 Stunde (event. kleine Pausen), später 20—30 Minuten lang ausdehnen, vorhandene deutlich fluktuierende Abszesse mit kleinen Stichinzisionen vorher eröffnen, danach sofort die Schröpfglocke aufsetzen. Nicht nur in solchen Fällen der Bier'schen Klinik, sondern auch da, wo ein Einschnitt nicht gemacht worden, trat rasch ein erheblicher Schmerznachlaß ein; frische Mastitiden ließen sich durch die Saugbehandlung kupieren, in den bereits mit Abszeßbildung einhergehenden erfolgte rasche Heilung, während die diffusen Infiltrationen ohne Eiterung sich hartnäckiger erwiesen. Alle so behandelten Frauen heilten — unter 15 Fällen 11 mit und 4 ohne Inzision — durchschnittlich in 3 Wochen vollständig; die Narben waren klein. K. hatte den Eindruck, daß auch von dem eiterinfiltrierten Gewebe viel am Leben erhalten blieb. Bei Milchstauung wurde die Milch mit kleinem Milchsauger abgesaugt.

Ähnlich war die Behandlung in über 100 Fällen von Furunkel, Karbunkel, Panaritien, Abszessen usw.; inzidiert — $^1/_2$—1 cm lang — wurde nur da, wo es schon zu Abszeßbildung gekommen war, dann sofort der Schröpfkopf aufgesetzt, dessen durchbohrter Hals durch

ein Gummirohr mit einer Saugspritze oder mit einem Gummiballon verbunden war. Zu starkes Ansaugen muß vermieden werden. Ganz frische Furunkel ließen sich nach 1—2 Sitzungen von täglich $^3/_4$stündiger Dauer kupieren, ausgebildete nach rascher Bildung und Lösung der zentralen Nekrose in 5—6 Tagen heilen, selbst hochinfektiöse ohne Schnitt — höchstens wurde die Pustelkuppe abgenommen — gefahrlos und mit bestem Erfolge beseitigen. Glänzend waren auch die Resultate der Saugbehandlung nach vorheriger Stichinzision bei zahlreichen akuten Abszessen, vereiterten Blutergüssen, akuten Drüsenvereiterungen, infektiösen Insektenstichen. — Zur Behandlung von Infektionen im Bereiche der Finger wurden meist kleine Saugzylinder verwendet, die luftdichte Abdichtung durch einen seiner Kuppe beraubten, ausgekochten Gummifingerring erzielt, an den Auslaß des Gläschens mittels eines Gummischlauches die Spritze angesetzt und nun die Ansaugung vorgenommen; auch hier darf die Stauung durch letztere nicht zu stark ausgeführt werden, nicht zu Schmerzen führen. Manchmal war ein beständiges langsames Wechseln zwischen Saughyperämie und einer durch Einblasen von Luft in das Fingerglas erzeugten Anämie zweckmäßig und wohltuend. Die Resultate waren nach vorheriger Stichinzision, wie auch ohne solche, bei den subkutanen Panaritien in bezug auf Nachlaß der Schmerzen und auf die schließliche rasche Heilung die günstigsten.

Die Technik der Saugbehandlung will gründlich gelernt werden; verkehrt angewandt, durch Übertreibung der Luftverdünnung und Nichtbefolgung der Regeln, wird sie nicht zu Erfolgen führen.

Kramer (Glogau).

---

3) **R. Klapp.** Mobilisierung versteifter und Streckung kontrakturierter Gelenke durch Saugapparate. (Aus der kgl. chir. Klinik zu Bonn, Prof. Bier.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

Das von Bier eingeführte Prinzip des Luftdruckes zur orthopädischen Behandlung versteifter Gelenke, durch das diese unter dem Einfluß der Hyperämie durch Anregung von Lösungs- und Resorptionsvorgängen relativ schmerzfrei gelockert und beweglich gemacht werden können, hat sich in den von Bier hierzu benutzten Apparaten für Hand und Knie (s. d. Zentralbl. 1904 p. 505 Ref.) bisher aufs beste bewährt. Um dasselbe auch bei anderen Gelenken anwenden zu können, hat es Verf. modifiziert, indem er in eine Öffnung des Saugkastens einen Gummisack luftdicht einfügt, der bei zunehmender Luftverdünnung in dem Kasten immer stärker in diesen eingesogen wird und, wenn er auf ein gebeugtes Gelenk trifft, im Sinn einer Streckung oder Beugung, je nach der Lage des Gliedes, einzuwirken vermag. (Über nähere Einzelheiten ist die Arbeit selbst einzusehen, die einige Abbildungen zum besseren Verständnis bringt. Der sich geltend machende Druck wirkt flächenhaft, ist gleichmäßig und trotz seiner Größe leicht zu ertragen.)

Kramer (Glogau).

---

4) **H. Wohlgemuth.** Die Narkose und der Narkotiseur. Zeitgemäße Betrachtungen.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 20.)

Jeder Narkotiseur muß vollkommen mit den einzelnen Narkoticis, wenigstens mit den gebräuchlichsten, mit ihrer Wirkung, ihrer Giftigkeit, ihrer Dosierung, ihren Neben- und Nachwirkungen, wie mit jedem Gifte vertraut sein. — Er muß die Widerstandsfähigkeit des Kranken vorher genau abzuschätzen wissen, nachdem er sich durch eingehende Untersuchung vorher darüber unterrichtet hat. — Er muß die Gefahren der Betäubung, ihre Vorbeugungs- und Gegenmaßregeln genau kennen und sie unter Berücksichtigung beider Faktoren, Betäubungsmittel und Kranker, abzuwägen verstehen. — Er muß je nach Erfordern der vorzunehmenden Operation es einzurichten wissen, den Kranken entweder nur in einem Toleranzustand oder in tiefer Betäubung zu erhalten und dabei eine möglichst geringe Menge des Mittels zu gebrauchen, und dazu alle Anzeichen einer oberflächlichen und tiefen Narkose sicher zu beurteilen verstehen. In all diesen Dingen müssen die Studenten nicht nur unterrichtet, sondern auch praktisch geübt werden.

G. Schmidt (Berlin).

5) **M. Kochmann** (Gent). Zur Frage der Morphin-Skopolaminnarkose.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

K. warnt auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen über die pharmakodynamischen Eigenschaften des Skopolamins vor Anwendung der Morphin-Skopolaminnarkose bei Individuen mit einer Herzmuskel- oder Nierenaffektion und überhaupt vor der Morphin-Skopolaminkombination für sich allein zur Erzielung einer allgemeinen Narkose, da die dazu erforderlichen Dosen zu hoch sind und die individuelle Wirkung beim Menschen eine recht verschiedene ist, so daß sich unglückliche Zufälle trotz vorsichtigster Darreichung in refracta dosi bei solchen Gaben kaum vermeiden lassen. Dagegen hält er die Injektionen der beiden Mittel in kleinen Dosen zur Unterstützung einer allgemeine Inhalationsnarkose, insbesondere mit Äther, für die Krankenhauspraxis zweckmäßig und vielleicht auch als unterstützendes Moment für die Infiltrationsanästhesie geeignet. Auf die bisher bekannt gewordenen 1200 Morphin-Skopolaminnarkosen kommen 12 Todesfälle!

Kramer (Glogau).

6) **Coakley.** Report on the use of stovaine.

(Med. news 1905. April 15.)

Verf. hat bei Hals- und Nasenoperationen Stovain in einer 2%igen Lösung angewandt und gelangt zu folgenden Schlüssen:

Was die Anästhesie wie die Dauer bis zum Eintritt derselben anlangt, so ist Stovain Kokain vollkommen ebenbürtig. Die Schleimhaut zieht sich nicht so stark zusammen wie bei der gleichen Lösung

von Kokain, und das Gefühl der Konstriktion ist weniger ausgesprochen. Dagegen hat Stovain einen fauligen Geruch und einen bitteren Geschmack.

Vergiftungserscheinungen konnte C. nicht bemerken.

Hofmann (Heidelberg).

7) **H. Pletzer.** Äthernarkose und postoperative Entzündungen der Luftwege.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 20.)

Unter warmer Empfehlung der »Morphium-Äthertropfnarkose bei starker Reklination des Kopfes« schildert P. ihre Anwendung nach Witzel'schen Grundsätzen bei reichem chirurgischen und gynäkologischen Material. Die sorgfältig durchdachten Einzelheiten des Verfahrens verdienen es, an Ort und Stelle nachgelesen zu werden, und gipfeln darin, daß die prophylaktische Desinfektion von Mundhöhle und Rachen vor, die Tieflagerung des Kopfes während und nach der Narkose bis zum völligen Erwachen und die systematischen Atemübungen nach der Operation die gefürchteten postoperativen Erkrankungen der Luftwege verhindern.

G. Schmidt (Berlin).

8) **Lotheissen.** Anästhesin bei chirurgischen Erkrankungen, insbesondere der Speiseröhre.

(Wiener klin. Rundschau 1904. Nr. 44.)

Verf. hat das auch sonst empfohlene Anästhesin in einer Reihe von Erkrankungen mit gutem Erfolg angewandt und empfiehlt die Nachprüfung. Zu erwähnen sind: Bestreuen von Granulationsflächen vor der Ätzung mit Anästhesin, Bestäuben der Mundschleimhaut bei Abszeßspaltung (9 Minuten später bestand Schmerzlosigkeit). Zur Injektion hat es Verf. mit Morphium und mit Adrenalin kombiniert verwendet. Dieselbe Mischung wurde zum Bepinseln der Rachenschleimhaut mit Erfolg angewandt, sowie zur Ösophagoskopie. Beim Bougieren werden die Ösophagussonden mit Anästhesinsalbe bestrichen (Anaesth. 10,0, Lanolin, Vaselin āā 50). Karzinomkranke trinken vorher dünne Anästhesinlösung zur Erleichterung des Schluckens. Die Stopfrohre nach Operationen am Mastdarme werden mit Anästhesinsalbe bestrichen oder diese Salbe zur konservativen Behandlung der Fissura ani verwertet.

Schmieden (Bonn).

9) **R. Werner.** Zur chemischen Imitation der biologischen Strahlenwirkung. (Aus der chir. Klinik der Universität zu Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 15.)

Versuche über die biologische Wirkung der Radiumstrahlen auf die Haut von Kaninchen hatten dem Verf. ergeben, daß lange dauernde, etwa 16—24 Stunden hindurch fortgesetzte Applikation der Radiumkapsel zu Reaktionen (Entzündungen und Nekrosen) führt, welche den

Umfang des bestrahlten Bezirkes um ein beträchtliches überschreiten. Ganz besonders auffällig gestaltete sich dies nach vorheriger Sensibilisierung des betreffenden Hautabschnittes durch wiederholte Anwendung bestimmter thermischer, chemischer oder mechanischer Reize. Diese Beobachtungen legten den Gedanken nahe, daß im Bestrahlungsbereiche ein toxisch wirkendes Agens gebildet werden müsse, welches imstande ist, die biologischen Veränderungen, welche durch die Strahlen hervorgerufen werden, auf die Umgebung zu verbreiten. W. fand nun, daß Lecithin, welches unter dem Einfluß des Radiums oder von Röntgenstrahlen oder durch Salzsäure-Pepsinbehandlung oder Ozonisierung in alkoholischer Lösung verändert worden ist, bei intrakutaner Injektion eine Dermatitis erzeugt, welche der durch Radiumstrahlen herbeigeführten vollständig gleicht; auch Cholesterin ließ sich durch Bestrahlung oder Ozonisierung, Terpentinöl durch letztere Methode in ähnlicher Weise wirksam machen. Wahrscheinlich geht diese Wirkung von den Sauerstoffüberträgern aus, die in das Gewebe eingebracht oder in ihm abgespalten wurden. Betreffs der event. praktischen Verwertbarkeit dieser experimentellen Ergebnisse muß die Zukunft entscheiden.

Kramer (Glogau).

---

10) **E. Helber** und **P. Linser.** Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut. (Aus der med. Klinik zu Tübingen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 15.)

Nach den ausführlich berichteten Untersuchungen der Verff. haben die Röntgenstrahlen eine ganz elektiv schädigende Wirkung auf die weißen Blutzellen, in erster Linie auf die Kernsubstanz, die unter ihrem Einfluß Veränderungen erleidet. Die Lymphocyten werden zunächst und am meisten geschädigt. Der Ort der Zerstörung der weißen Blutzellen ist nicht nur in den blutbildenden Organen, sondern vor allem im Kreislaufe selbst zu suchen. Auf Erythrocyten, Blutplättchen und Hämoglobin ist die schädigende Wirkung der Strahlen nur eine geringe.

Kramer (Glogau).

---

11) **F. v. Veress.** Über die Wirkung des Finsenlichtes auf normale Haut.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 8.)

Aus seinen Untersuchungen an Tierhaut schließt Verf., daß durch das Finsenlicht »eine von verschiedenen Gewebsschädigungen begleitete oberflächliche Entzündung entsteht«, die auch zu einer Erweiterung und Leukocytose an den tieferen Gefäßen und weiterhin zu »einer Hypertrophie oder Proliferation der fixen Gewebszellen« führt.

Jadassohn (Bern).

---

12) Haslam. Some further notes on intestinal paralysis and peritonitis.

(Read before the Nebraska State med. assoc., Omaha Neb. 1904. Mai 3—5.)

Unter Bezugnahme auf eine frühere Arbeit von sich und auf verschiedene seitdem von anderer Seite getane Äußerungen versucht Verf. jetzt neue Gründe dafür beizubringen, daß nicht jeder Meteorismus infolge Darmlähmung bedingt zu sein braucht durch allgemeine Peritonitis, daß es vielmehr auch eine Darmparalyse mit Meteorismus ohne Peritonitis gibt. Bei der Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit der sicheren Differentialdiagnose ist die Therapie so zu handhaben, als wenn es sich um eine Peritonitis handele.

Dettmer (Bromberg).

13) Folly. Considerations générales sur les adhérences intrapéritonéales douloureuses de l'intestin.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Hft. 5.)

Verf. bespricht die durch intraperitoneale Verwachsungen hervorgerufenen Störungen. Er unterscheidet zwischen frischen und alten Adhäsionen, welche letztere er einteilt in a. feine, zarte, b. dickere, bandartige, c. sklerofibröse, welche letztere die Unterleibsorgane zur breiten und dichten Verwachsung bringen. Ursächlich kommen die verschiedenartigsten Bauchfellentzündungen, wiederholte Traumen, Dysenterie usw. kaum in Betracht. Physikalische Zeichen für die Diagnose sind kaum vorhanden, sondern meist nur funktionelle, welche in Schmerzen und Darmverlegung bestehen. Die Schmerzen treten meist einige Stunden nach der Mahlzeit ein oder erreichen wenigstens erst dann ihr Maximum; sie können unter Umständen mit den hyperästhetischen der Hysterischen verwechselt werden. Solange die Kranken sich in gutem Ernährungszustande befinden und nicht zu sehr leiden, kann man durch Abführmittel usw. die Krankheit zu heben versuchen; tritt jedoch nicht bald Besserung ein, und leiden die Pat. sehr, so soll ebenso wie beim schnellen Verfall derselben die Laparotomie ausgeführt werden. Die Prognose ist nur dann günstig zu stellen, wenn es sich um lokale Prozesse und nicht um durch sklerofibröse oder tuberkulöse Bauchfellentzündung bedingte Veränderungen handelt.

Herhold (Altona).

14) Dahlgren. Einige wichtige Gesichtspunkte bei der Behandlung der ausgebreiteten eitrigen Peritonitis.

(Arch. internat. de chir. Vol. II. Fasc. 2.)

D. weist zunächst auf die Uneinigkeit in der Nomenklatur der obigen Erkrankung hin. Er selbst versteht unter »ausgebreiteter eitriger Peritonitis« »eine eitrige Entzündung des ganzen Gebietes der Dünndärme«.

Eine sichere Diagnose dieser Erkrankung ist in vielen Fällen nicht möglich. In solchen zweifelhaften Fällen rät D. bei dem notwendigen operativen Eingriff wie folgt zu verfahren: Zuerst Probe-

inzision dort, wo die Peritonitis zweifelhaft ist, also bei Perityphlitis beispielsweise in der Mitte oder links. Findet sich hier Eiter, so wird die Wunde erweitert und noch eine zweite Inzision zur Exstirpation des Wurmfortsatzes angelegt. Im anderen Falle wird die Wunde geschlossen und der Wurmfortsatz in Angriff genommen. In einem Falle ist dem Pat. genützt, in dem anderen nicht geschadet. Die Erkennung, ob man es mit einer ausgebreiteten eitrigen Wurmfortsatzperitonitis zu tun hat, von einem einzigen rechtsseitigen Flankenschnitt aus, hält Verf. für unmöglich.

Als weiteren Grundsatz stellt er die Regel auf, stets, wenn irgendwie möglich, »die Quelle der Peritonitis aufzusuchen und unschädlich zu machen«. Die Schnitte legt Verf. groß an und spült die Bauchhöhle event. nach Eventration der Darmschlingen und gründlicher Reinigung derselben außerhalb des Bauches aus. Die gefährlichste Folge der Peritonitis, die Darmlähmung, rät D. durch Anlegen einer Darmfistel in der Mittelpartie des Darmes und durch das von ihm erfundene (hier schon beschriebene) Verfahren des »Melkens« zu bekämpfen. Die Fistel wird nach gründlicher Entleerung des Darmes geschlossen. Bei starker Auftreibung des Magens punktiert Verf. denselben und bei starker Ausdehnung des Dickdarmes empfiehlt er das Anlegen einer Fistel am Blinddarme.

Bei postoperativem Ileus — und auch bei sonstigem nicht mechanischem Darmverschluß — hat Verf. mit gutem Erfolge große Dosen von Atropin (4—5 mg) angewendet. **Engelmann** (Dortmund).

---

15) **Sonnenburg.** Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Fünfte umgearbeitete Auflage.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1905. 254 S. mit 36 zum Teil farb. Abb.

Vor mir liegt neben dieser neuesten Ausgabe ein Exemplar der dritten Auflage aus dem Jahre 1897; da fällt die vollkommene Umarbeitung gegen früher so recht augenfällig auf. Schon rein äußerlich ist der Unterschied erkennbar: das Volumen ist von 382 Seiten auf 254 Seiten zurückgegangen. Diese gewaltige Kürzung des Inhaltes ist dadurch bewirkt, daß die in den früheren Ausgaben in großer Zahl und Ausdehnung mitgeteilten Krankengeschichten auf ein anerkennenswertes Minimum, was Zahl und Ausführlichkeit betrifft, zurückgeführt sind. Dabei will ich noch gleich einer weiteren rein äußerlichen Änderung gedenken: die farbigen Tafeln sind ganz in Wegfall gekommen und statt dessen einige sehr gute farbige Abbildungen in den Text eingefügt; auch die nicht farbigen Bilder machen einen saubereren Eindruck wie früher.

Die Hauptänderung aber macht sich in der ganzen Anordnung des Stoffes geltend. Während in den früheren Ausgaben eine gewisse Unübersichtlichkeit, ein Auseinanderreißen zugunsten einer willkürlichen Einteilung nicht zu verleugnen war, hat sich Verf. jetzt zu einer systematischen Entwicklung der Materie entschlossen. Auf das Kapitel

über Ätiologie und Pathogenese — bearbeitet von S.'s Assistenten Dr. Hinz — folgt das über die pathologische Anatomie, welches ein zweiter Assistent, Dr. Federmann, bearbeitet hat. Diese beiden Kapitel sind den Ergebnissen der Forschung angepaßt, bringen aber nichts wesentlich Neues. Das nächste Kapitel über Symptome, Diagnose und Prognose, sowie das letzte über die Therapie der Appendicitis hat S. selbst bearbeitet. Und gerade hier macht sich der einheitliche Zug in der Darstellungsweise sehr angenehm geltend. Auf die Einzelheiten dieser Kapitel näher einzugehen, dürfte kaum nötig sein, da ja bei S.'s Bedeutung für die Entwicklung der Appendicitislehre seine Monographie in älteren Auflagen den Fachkollegen zur Genüge bekannt ist. Eine gewisse Änderung in seiner Indikationsstellung betreffs operativen Eingreifens gibt S. selbst zu und führt sie auf die Änderung des Materiales, das jetzt dem Chirurgen in die Hände kommt, gegenüber früher zurück; zur unbedingten Anerkennung der Frühoperation aber hat er sich noch nicht durchringen können, wenn er die Berechtigung der Frühoperation unter gewissen Bedingungen auch zugibt. Vielleicht finden wir in einer späteren Ausgabe seiner Monographie auch S. unter den unbedingten Anhängern der Frühoperation! **Dettmer** (Bromberg).

---

16) **R. Schmitz.** Über den gegenwärtigen Stand der Perityphlitisfrage, insbesondere über den günstigen Zeitpunkt des operativen Einschreitens.

(Berliner Klinik 1905. Hft. 203.)

Die für den praktischen Arzt geschriebene und auf den Erfahrungen der Rinne'schen Abteilung des Elisabeth-Krankenhauses zu Berlin fußende Abhandlung bringt eine kurze Darstellung der normalen Anatomie des Wurmfortsatzes, der pathologisch-anatomischen perityphlitischen Veränderungen, der Ätiologie und Symptomatologie und vor allem der therapeutischen Anzeigen bei der Appendicitis. Da man nicht in der Lage ist, in jedem einzelnen Falle an der Hand der klinischen Zeichen sichere Rückschlüsse auf die pathologischen Veränderungen zu machen, so ist die Einteilung der Perityphlitis in einzelne klinische Formen am Krankenbett weder für den geübten Chirurgen und Kliniker noch für den praktischen Arzt brauchbar. Nur die ganz leichten, akuten Fälle sind abwartend zu behandeln, aber nur unter genauer ärztlicher Überwachung, wenn möglich in einem Krankenhaus. Alle übrigen akuten Fälle sind zu operieren, auch wenn die ersten 48 Stunden schon vorüber sind, und nicht für die Intervalloperation aufzusparen, weil ein Abwarten hier immer mit Gefahren für den Kranken verbunden sein kann. Rinne ist in letzter Zeit von dem grundsätzlichen Aufsuchen des Wurmfortsatzes in jedem Falle einer ausgedehnten Eiterung abgekommen. Die Intervalloperation ist angebracht bei den mehrmals oder häufiger rezidivierenden leichten, akuten Anfällen nach Ablauf des akuten Anfalles

und bei den chronischen Formen, wenn hier die Beschwerden den Kranken erheblich belästigen, wenn sie längere Zeit anhalten, der Kranke nicht zu alt ist, und wenn ein schwerer Anfall überstanden ist, nachträglich aber noch leichtere Beschwerden auftreten. Bei Douglaseiterungen ist die Drainage nach dem Mastdarm oder nach der Scheide notwendig. Die Durchspülung der Bauchhöhle bei allgemeiner Bauchfellentzündung hat bisher keine greifbaren Vorteile gezeitigt.

Ein Literaturverzeichnis von 116 Nummern ist beigefügt.

G. Schmidt (Berlin).

---

17) **E. Payr** (Graz). Appendicitis und embolische Magenerkrankungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

Experimentelle Untersuchungen an Tieren hatten P. ergeben, daß es gelingt, durch künstlich in die Netz- und Gekrösvenen eingeführte Emboli am Magen, zuweilen auch am Duodenum, hämorrhagische Erosionen, Infarkte, Geschwüre und Blutungen zu erzeugen. Die auf Grund dessen gewonnene Überzeugung, daß Embolien, speziell im Venengebiete, bei der Entstehung gewisser Formen von Magenblutungen und -geschwüren eine Rolle spielen, glaubt P. auch durch eine Anzahl klinischer Bilder und vor allem mehrfache Autopsien am Lebenden an einem großen Appendicitismateriale bestätigt gefunden zu haben. Er beobachtete bei einzelnen, nicht schweren Appendicitisfällen kleine Magengeschwüre, die den im Tierversuch erzeugten auffallend ähnelten und zu spastischen Zuständen, Erbrechen, Schmerzen und Blutungen führten, die schon nach dem ersten Appendicitisanfalle sich einstellten, meist nach kurzer Zeit verschwanden, zuweilen bei einem neuen Appendicitisanfalle sich wiederholten, auch perigastrische Verwachsungen, Stenosen zurückließen. Sämtliche Kranken waren früher nie magenleidend gewesen, waren keine anämisch-chlorotische Mädchen, sondern Kinder, Männer, Frauen im kräftigsten Alter. P. nimmt deshalb an, daß es sich bei ihnen um embolische Prozesse im Magen aus entzündlich thrombosierten Venengebieten des Wurmfortsatzes bezw. Mesenteriolum desselben und des Netzes gehandelt habe. Die Ergebnisse seiner oben erwähnten Experimente, die histologischen Befunde und Kranken- und Operationsgeschichten wird P. in einer ausführlichen Arbeit demnächst veröffentlichen (s. Ref. i. d. Zentrbl. 1904 über 33. Chirurgenkongreß, Beilage p. 59). **Kramer** (Glogau).

---

18) **A. C. Bernays.** The expectant treatment of appendicitis.

An excursion into the field between surgery and med. 13 S.

Als Idealmethode der Appendicitisbehandlung sieht auch B. die Operation im Beginne des Anfalles an. Wenn aber dieser günstige Zeitpunkt verpaßt ist, so gibt die abwartende Behandlung oft bessere Resultate als die Operation im späteren Verlaufe des Anfalles. Be-

züglich der abwartenden Behandlung empfiehlt B. nun die Anwendung von Abführmitteln und reichlichen warmen Salzwassereinläufen und sucht diese Anschauung gegenüber den gerade entgegengesetzt lautenden Ochsner'schen Thesen zu verteidigen und zu begründen. Mit statistischen Angaben erhärtet er seine angeblich guten Resultate nicht, da er kein Freund der Statistik ist. **Dettmer** (Bromberg).

---

19) **R. v. Renvers.** Wann soll bei Perityphlitis operiert werden?

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 20.)

Um eine zielbewußte Behandlung einleiten zu können, muß der Arzt als Krankheitstypen auseinanderhalten die Appendicitis simplex, purulenta und septica. Letztere Form muß so früh wie möglich erkannt und operiert werden; wird die Diagnose erst nach den ersten 48 Stunden gestellt, so verspricht eine abwartende Behandlung mehr als die operative Eröffnung der Bauchhöhle bei schwerer allgemeiner Infektion, wobei schon die Narkose schädlich wirkt. Bei den in der Bauchhöhle lokalisierten Prozessen der Appendicitis purulenta ist eine abwartende Behandlung in den ersten 5 Tagen der Erkrankung dem sofortigen chirurgischen Eingriff vorzuziehen. Klingt der Anfall nach dem 5. Tage ab, so kann man die Operation aufs freie Intervall verschieben. Vergrößert sich das Exsudat, so ist der Abszeß einfach zu entleeren ohne Entfernung des Wurmes. Bei der Appendicitis simplex ist jeder operative Eingriff während des Anfalles eine größere Gefahr als die Krankheit an sich. Die Erfolge einzelner chirurgischer Künstler lassen sich nicht auf die allgemeine Praxis übertragen. Würde jeder Arzt gezwungen sein, in der Not eine solche Operation zu machen, so würde das mehr Opfer kosten, als dem Leiden von selbst erliegen.

In den Statistiken der Chirurgen fehlt die Mehrzahl der leichteren perityphlitischen Anfälle, und den Zusammenstellungen der Inneren Ärzte fehlen die schwersten Fälle. Da die leichten Anfälle zu Hause abgewartet werden, kann eine Krankenhausstatistik keinen richtigen Überblick geben. Für eine bestimmte engbegrenzte Altersklasse liegt in der Armeestatistik ein zuverlässiges Material vor mit einer Gesamtsterblichkeit aller Appendicitisfälle im Jahre 1900/01 von etwa 3%. Unter Zuzählung der übrigen Altersklassen steigt diese Zahl auf etwa 9—10%. Bei dem gegenwärtigen Stande der Frage beträgt die Sterblichkeit der chirurgisch behandelten Fälle 6%.

G. Schmidt (Berlin).

---

20) **Waldow.** Beitrag zur Frage der traumatischen Hernien.

Inaug.-Diss., Rostock, 1904.

Die von den Unfallversicherungsbehörden in der Bruchfrage aufgestellten Grundsätze haben dazu geführt, den Begriff der traumatischen Hernie zu erweitern, so daß heute unter dieser Bezeichnung

ganz verchiedenartige pathologische Zustände zusammengefaßt werden. W. unterscheidet drei Gruppen: 1) Bei bestehender Bruchanlage treten durch die infolge eines Unfalles eintretende Erhöhung des intraabdominalen Druckes plötzlich in den bis dahin leer gebliebenen Processus vaginalis Eingeweide aus; der exakt wissenschaftliche Nachweis dieser Gruppe ist sehr schwierig, auch bei frühzeitigster Operation. 2) Traumatische Hernien im engsten Sinne sind solche, die in allen ihren Teilen durch ein Trauma verursacht sind; dieselben lassen sich nicht mehr ganz leugnen, treten aber äußerst selten auf und finden sich nur sehr vereinzelt in der Literatur der letzten Jahrzehnte. 3) Das Trauma schafft eine lokale Schädigung der Bauchwand, der Bruch tritt an dieser Stelle jedoch nicht sofort aus, sondern kommt erst im weiteren Verlaufe zur Ausbildung, sog. »sekundär traumatische Brüche«. Zu dieser letzten Gruppe gehört der in der Rostocker Klinik beobachtete Fall, welcher die Veranlassung zur vorliegenden Arbeit gegeben und durch Wiedergabe der Krankengeschichte genauer beschrieben wird.

Diesen Unfallhernien im eigentlichen Sinne werden als vierte Gruppe hinzugefügt die Schenkelhernien, welche nach Reposition angeborener Hüftgelenksverrenkungen beobachtet sind.

Dettmer (Bromberg).

---

21) **Riedel** (Jena). Über den linksseitigen Magenschmerz.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

Während der reflektorische Magenschmerz (bei akuter und chronischer Appendicitis, Hernia linae albae, bei abgedrehten Appendices epiploicae, bei Geschwüren im Querkolon) am häufigsten in der Mittellinie auftritt, der von benachbarten Organen ausgehende (von der akut entzündeten steinhaltigen Gallenblase, bei Verwachsungen zwischen Gallenblase [bei Stein, Lues] und Leber einer-, Duodenum und Pylorus andererseits, bei rechtsseitiger Wanderniere, Ulcera duodeni, deren Boden mit der Leber verwachsen ist) wesentlich rechterseits spielt, lokalisiert sich der Schmerz bei Erkrankungen des Magens selbst, beim Ulcus ventriculi je nach der Lage des letzteren verschieden. Das Ulcus pylori verursacht rechtsseitigen Schmerz, das am Antrum pylori gelegene Schmerz in der Mittellinie, so daß differentialdiagnostisch die oben erwähnten Erreger von rechtsseitigem und medianem Magenschmerz berücksichtigt werden müssen. Geschwürige Prozesse im mittleren Magenabschnitt, die zur Bildung von kleineren und größeren Geschwülsten durch Verdickung der Muscularis und Serosa oder häufiger durch Verwachsung mit den benachbarten Organen neigen, verursachen linksseitige Schmerzen, die allmählich immer weiter nach links rücken, je mehr die Geschwüre durch den Zug der sich entwickelnden Neubildungen nach links hinüberwandern. Nur bei Komplikation des Geschwüres des mittleren Magenabschnittes mit Ulcus pylori oder duodeni tritt der linksseitige Magenschmerz etwas zurück, und lokalisiert sich der Schmerz bald quer über den Leib,

bald mehr rechts, bald mehr links, selten auch hinten im Gebiete der 11. Rippe. Da linksseitige Magenschmerzen reflektorisch oder fortgeleitet nur äußerst selten vorkommen, sind sie für die frühe Diagnose eines Geschwüres im mittleren Magenabschnitt von großer Bedeutung. Werden sie nach mehrwöchiger Bettruhe und diätetischer Behandlung nicht geringer, so rät R. zur Operation, um Durchbruch in die Nachbarorgane usw. oder Ausbildung eines Sanduhrmagens zu verhüten. Seine Resultate sind allmählich bei immer früher gestellter Diagnose besser geworden. Das Ziel muß Entfernung des Geschwüres — durch Ausschneidung und Naht — bezw. der in der Hälfte der Fälle mehrfachen Geschwüre — durch quere Resektion des Magens — sein. R. gibt die Operationsgeschichten dreier typischer Fälle unter seinen 28 operierten Kranken.

Kramer (Glogau).

---

22) **Winselmann.** Über Tuberculoma coli und Kolonoperationen.

(Wiener klin. Rundschau 1905. Nr. 2 u. 3.)

Die Betrachtungen des Verf. gehen von einem gut geheilten Resektionsfalle des Blind- und aufsteigenden Dickdarmes wegen Tuberkulose aus, und beschäftigen sich mit der Frage der Beseitigung der Gefahren für Dickdarmresektionen im allgemeinen, die in der eigenartigen Gefäßversorgung des Querdarmes (Gangrängefahr) zu suchen sind und andererseits in der drohenden Nahtinsuffizenz bei dem eingedickten Inhalt des Kolon. W. verwirft die zirkuläre Naht; besser ist die seitliche Einpflanzung, am besten die seitliche Anastomose, wobei man möglichst bewegliche Teile miteinander verbinden soll. Bei Resektionen der Flexura hepatica und des Colon transversum schließt man zweckmäßig noch eine Enteroanastomosis iliosigmoidea an, auch wenn eine direkte Vereinigung an der Resektionsstelle möglich war. Ausgeschaltete Dickdarmabschnitte werden durch Anlegen von Längsfalten verengert. Bei inoperablen Dickdarmgeschwülsten ist ebenfalls hauptsächlich die totale Ausschaltung des Kolon durch Anastomosis iliosigmoidea zu empfehlen. Der Dickdarm gewöhnt sich leicht an den eintretenden Dünndarminhalt. Außer bei Geschwülsten ist das Verfahren bei allerlei entzündlichen Prozessen, sowie bei Intussuszeption ratsam. Einzelheiten sind im Original nachzulesen.

Schmieden (Bonn).

---

23) **C. Ball.** The treatment of inveterate pruritus ani.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 21.)

Nach einer kurzen Besprechung der überaus mannigfaltigen Ätiologie des Pruritus ani schließt Verf. alle die Fälle, in denen die Ursache parasitär ist, oder die auf eine Dermatitis oder Allgemeinerkrankung, wie Diabetes, zurückzuführen sind, als ungeeignet aus von der von ihm vorgeschlagenen Operation. Dagegen gibt es eine Gruppe von Fällen mit unerträglichem Juckreiz ohne Anzeichen einer Dermatitis, mit trophischen Störungen der Haut am und um den After

(weiße Stellen mit Pigmentverlust, blau weißlicher Farbe der Haut mit ganz glatter Pergamentoberfläche), die seiner Meinung nach nur durch Veränderungen der zuführenden sensiblen Nerven oder ihrer Wurzeln aus dem 3. und 4. Sakralnerven zu erklären sind. Diese Fälle, jeder anderen Beeinflussung unzugänglich, eignen sich zur operativen Behandlung. Auf die öfter geübte Kauterisation der befallenen Haut und auf deren völlige operative Entfernung geht B. nicht näher ein. Er empfiehlt die Durchtrennung der zuführenden sensiblen Nerven rings um den After herum und benutzt dazu zwei seitlich den After umschneidende, flachbogige Inzisionen, die an vorderer und hinterer Kommissur nicht ganz zusammenstoßen. Die Schnitte werden bis auf den Sphinkter vertieft und auf jeder Seite die Haut von der Unterlage abpräpariert in den After hinein bis an den Übergang zur Schleimhaut. An den beiden Kommissuren wird die Haut ziemlich weit unterhöhlt bis über den Bereich der befallenen Hautteile hinaus. Sorgfältige Blutstillung. Wiederannähung der Hautlappen. Meist Anheilung ohne Nekrose. Der unmittelbare Erfolg ist eine völlige Anästhesie um den After herum und damit auch ein Verschwinden des Juckreizes. Nach einigen Monaten kehrt die Sensibilität wieder, nicht aber der Pruritus! In drei von ihm operierten Fällen hatte B. vollen und dauernden Erfolg. Bei Rückfällen, deren Möglichkeit er sehr wohl anerkennt, käme nach Analogie der Entfernung des Ganglion Gasseri eine Durchschneidung und Resektion der hinteren Wurzeln der 3. und 4. Sakralnerven mit ihren Ganglien unter Umständen in Frage.

W. Weber (Dresden).

24) **Remedi.** Contributo alla chirurgia del pancreas.

(Arch. internat. de chir. Vol. II. Fasc. 2.)

Seit Körte über die chirurgische Behandlung der Pankreaseiterung und -nekrose berichtet hat, sind über 10 Jahre verflossen. In diesem Zeitraume sind eine große Reihe von Arbeiten aus dem gleichen Gebiet erschienen, die zum Teil über eine große Zahl von therapeutischen Mißerfolgen berichten.

Auf Grund dieser Arbeiten und zweier selbst operierter, ausführlich mitgeteilter Fälle legt Verf. den jetzigen Stand der Frage dar.

Für die Infektion des Pankreas stehen vier Wege offen: selten eine penetrierende Wunde, der Blut- oder Lymphweg, das direkte Übergreifen einer entzündlichen Affektion eines Nachbarorganes, endlich das unmittelbare Eindringen der Darmbakterien in den Ausführungsgang des Pankreas.

Der zuletzt genannte Weg wird als der am häufigsten betretene angesehen; wahrscheinlich gehören jedoch noch verschiedene Bedingungen dazu, um eine Infektion auf diesem Wege zu ermöglichen, da nach Ansicht verschiedener Autoren der Dünndarm normalerweise frei von Bakterien ist, außerdem das Pankreassekret bactericide Kraft besitzt.

Eine sehr wichtige Rolle bei dem Zustandekommen akuter Pankreatitis spielt zweifellos die Steinbildung.

Was die Diagnose der Pankreasentzündung anlangt, so hält Verf. den Schmerz für das bedeutungsvollste Symptom. Dieser wird meist in die Gegend oberhalb des Nabels lokalisiert und kann über den ganzen Bauch hin ausstrahlen. Die topographische Lage des Organs, die außerordentlich schwierig festzustellen, bewirkt jedoch, daß gerade im Pankreas die Ursache der Schmerzen sitzt. Auch die funktionelle Diagnostik bietet keine sicheren Anhaltspunkte, da keine der Funtionen des Pankreas für dieses spezifisch sind. Von großer Bedeutung, aber ganz inkonstant, sind die Glykosurie, der Gehalt des Stuhls an Fett, die Lipurie. Ebenfalls wichtig, aber auch nicht immer vorhanden — bei Koliinfektion beispielsweise — ist die Temperaturerhöhung. Meist vorhanden sind Erscheinungen von seiten des Darms: Dyspepsie, Verstopfung abwechselnd mit Diarrhöe, Meteorismus und Erbrechen.

Die Hauptschwierigkeit in der Diagnosenstellung liegt meist darin, daß an eine Erkrankung des Pankreas nicht gedacht wird.

Was den Zeitpunkt des operativen Eingriffes anlangt, so wollen die einen den akuten Anfall vorübergehen lassen und warten, bis sich ein Abszeß oder eine Pankreasnekrose ausgebildet hat, während die anderen — wie bei einer akuten Phlegmone — möglichst bald einzugreifen raten, um ein Weitergreifen des Prozesses und das Auftreten der Nekrose hintanzuhalten. Von den beiden Wegen, auf denen man an das Pankreas gelangen kann, wird man im allgemeinen die Laparotomie vorziehen und den retroperitonealen Weg nur dann wählen, wenn der Prozeß nach hinten fortgeschritten ist. Bei sehr ausgedehnten Affektionen kann auch ein kombiniertes Verfahren in Frage kommen.

Engelmann (Dortmund).

---

25) **Hess.** Experimentelles zur Pankreas- und Fettgewebsnekrose. (Aus der medizinischen Klinik zu Marburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 14.)

H. hat seine Experimente über die Entstehung der Pankreas- und Fettgewebsnekrose (s. Ref. i. d. Bl. 1903 p. 1416) weiter fortgesetzt und durch dieselben die Frage zu entscheiden gesucht, ob die menschliche Pankreasapoplexie durch Eindringen fettigen Darminhaltes aus dem Duodenum in den Ductus pancreaticus hervorgerufen werden könne. Versuche, die feststellen sollten, ob Fett durch die unversehrte oder durch eine unvollkommen schließende Papilla duodeni in den Pankreasgang eindringen könne, hatten kein positives Ergebnis. Erst eines der weiteren Experimente, bei denen Kompression des Duodenum und Läsion der Papilla (Stenosierung des Duodenum, Kanüleneinführung in den Ductus und Injektion von Öl durch eine Stichöffnung in das Duodenum) kombiniert wurden, führte zu einem der menschlichen Pankreasapoplexie völlig ähnlichen. Krankheitsbilde. H. nimmt an, daß durch die Berührung des Fettes mit dem Pankreassaft es zur Bildung von löslichen und festen Fettspaltungsprodukten (Seife) in den mit den Pankreaszellen direkt kommunizierenden Gängen und

dadurch zu Nekrose komme, die in solchem Falle also eine von innen her entstandene Zerstörung des Pankreas darstelle und eventuell durch Bindegewebsentwicklung zur Ausheiluug (Pankreatitisinduration) gelangen könne. **Kramer** (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

26) **A. G. Levi.** A regulating chloroform inhaler.

(Lancet 1905. Mai 27.)

Die Narkose wird bekanntlich in England in jeder Beziehung als Spezialgebiet der Medizin betrachtet, und es gibt zahlreiche Spezialärzte, die sich ausschließlich — und nicht zu ihrem oder ihrer Pat. Schaden — mit diesem Fache befassen. Jedes größere Hospital hat seinen »Anästhetist«, jedes College seine Dozenten für die Narkosen, der wiederum nach Bedarf Assistenten hat usw. Durch die daraus folgende größere Erfahrung der einzelnen und Sicherheit der Narkose kommt es, daß diese drüben als weit ungefährlicher betrachtet wird, wie bei uns und viel häufiger zur Anwendung kommt; fast alle Geburten gehen beispielsweise unter Narkose vor sich. Die Narkosen in England, wie sie von den Anästhetisten ausgeführt werden, müssen durchweg als unübertreffliche bezeichnet werden.

In Anbetracht dieser Verhältnisse gibt es in England sehr zahlreiche Apparate für die Narkose, seien es nun Äther- oder Chloroformapparate; eine einfache Maske wird dort überaus selten angewandt. Beinahe jeder Anästhetist hat seinen Spezialapparat, entweder selbst erfunden oder doch modifiziert. Alle, die Ref. sah, und anscheinend auch der hier vom Verf., der Anästhetist von Guy's Hospital ist, angegebene, zeichnen sich durch genaue Dosierbarkeit des Gasgemisches und geringen Umfang und Handlichkeit aus. Die maximale Chloroformdichtigkeit beträgt meist 4%. Die Handlichkeit und gute Transportierbarkeit eines Narkosenapparates spielt nach Ref.s Ansicht doch sicher eine große Rolle, da ein großer Teil der Narkosen immer in Privathäusern oder kleinen Krankenhäusern vor sich gehen wird, wofür man doch nicht so einfach Apparate, wie den bei uns so viel gepriesenen Roth-Dräger'schen mitnehmen kann. Es erscheinen somit Ref. Apparate nach englischer Art praktischer, und es ist vielleicht angebracht, die Augen der deutschen Fachleute auch einmal auf die Konstruktion derartiger handlicher und nicht minder sicherer Narkosenapparate zu richten. **Ebbinghaus** (Dortmund).

27) **R. Rothfuchs.** Zur Frage der Sauerstoff-Chloroformnarkose. (Aus dem Hafenkrankenhause zu Hamburg, Oberarzt Dr. C. Lauenstein.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 15.)

R. bemängelt bei der Sauerstoff-Chloroformnarkose mit dem Roth-Dräger-schen Apparate das verzögerte Eintreten der Toleranz, besonders bei schweren Alkoholisten, und teilt einen unter über 600 Narkosen beobachteten Todesfall mit, der bei einem (allerdings in kurzen Zwischenräumen 4mal narkotisierten, Ref.) jungen Manne erfolgte; die Sektion ergab alte perikarditische Narben am Herzen, Fettbewachsung und leichte fettige Degeneration des Herzmuskels. Auch in einem anderen Hamburger Krankenhause ist ein Todesfall bei Anwendung des Apparates von Roth-Dräger vorgekommen. **Kramer** (Glogau).

28) **Levy-Dorn.** Ein universeller Blenden- und Schutzapparat für das Röntgenverfahren.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 4.)

Der Apparat besteht in einer Bleikiste, an welcher auf der einen Seite die Blendenöffnung angebracht ist. Blei-Glasfenster gestatten die Beobachtung der im Innern befindlichen Röhre mit dem Auge. Die Bewegung der Bleikiste wird durch Schrauben bewirkt.

Geliefert wird der nach den Angaben des Verf.s hergestellte Apparat von Siemens & Halske. **Gaugele** (Zwickau).

29) **Haffner.** Die Vermeidung störender Weichteilschatten bei Röntgenaufnahmen, insbesondere des Beckens.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 4.)

Verf. ist es gelungen, den häufig sehr störenden Weichteilschatten, besonders der Gesäßgegend, durch Unterlegen von mit Holzwolle gefüllten Verbandkissen (ca. 1—2 Finger dick) auszuschalten. Er glaubt, daß man auf diese Weise auch eine Verfeinerung der Aufnahmen von Gallen- und Nierensteinen erreichen dürfte. **Gaugele** (Zwickau).

30) **H. E. Schmidt.** Erfahrungen mit einem neuen Radiometer von Sabouraud und Noiré.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 4.)

Das von Holzknecht angegebene Radiometer ist ziemlich kompliziert und erfordert sehr viel Übung. Sabouraud und Noiré benützen anstatt des Holzknecht'schen Reagenskörpers ein hellgrünes »Reagenspapier«, das, mit Bariumplatincyanür imprägniert, durch Absorption von Röntgenstrahlen sich zunächst gelb, dann rot verfärbt. Als Testfarben dienen Teinte A (hellgrün), Teinte B (dunkelgelb). Letztere zeigt die Maximaldosis an, welche die Haut vertragen kann, ohne daß Dermatitis eintritt oder dauernder Haarausfall.

Ein Irrtum in der Abschätzung der Färbung ist kaum möglich, und die Intensität der Hautreizung entspricht beinahe vollkommen genau der Intensität der Gelbfärbung des Reagenspapiers.

Da das Radiometer von Sabouraud und Noiré außerdem um mehr als das Zehnfache billiger als das von Holzknecht, hält Verf. es für das einfachste und beste Mittel, das wir zurzeit besitzen, um Über- und Unterdosierungen vorzubeugen. **Gaugele** (Zwickau).

31) **Wertheim-Salomonson.** Kleine und große Induktorien.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 4.)

Kleine Induktorien werden erfahrungsgemäß bei voller Leistung betrieben, große dagegen nur teilweise ausgenützt. Der hauptsächliche Vorteil einer großen Induktion besteht in der verfügbaren Reserve an sekundärer Energie und Spannung. Aber auch die kleinen Induktorien liefern schon mehr sekundäre Energie, als unsere besten Röntgenröhren ertragen können. Die beste Ausnutzung der vorhandenen Energie findet ungefähr bei einem Induktor von 25 cm Funkenlänge statt, schlechter bei größerer Funkenlänge und ebenso bei einer Länge von unter 20 cm. Trotzdem aber der kleine Induktor vorteilhafter arbeitet, empfiehlt Verf. bei Neuanschaffung einen solchen mit 50—60 cm Funkenlänge vorzuziehen, einmal wegen des größeren Durchdringungsvermögens, andererseits deswegen, weil wir voraussichtlich bald solche Röhren erhalten werden, die die ganze verfügbare Energie eines 60—75 cm-Induktors aufnehmen können. **Gaugele** (Zwickau).

32) **Sjögren.** Über Röntgenbehandlung von Sarkom.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 4.)

Verf. berichtet über drei von ihm mit Röntgenbestrahlung geheilte Fälle von Sarkom. Die ersten zwei zeigten kleine Geschwülste am Nasenrücken resp. Nasenflügel, welche auch durch Exzision hätten entfernt werden können. Nach ungefähr 30 Sitzungen war in beiden Fällen die Neubildung vollkommen verschwunden. Die mikroskopische Untersuchung eines Probeexzisionsstückchens hatte beidemal Spindelzellensarkom ergeben. Im dritten Falle hatte es sich um Rundzellensarkom gehandelt. Pat. bekam am Arme nach einem vorausgegangenen Trauma eine Geschwulst, welche operativ entfernt wurde, doch schon nach einigen Monaten rezidivierte, worauf auch die Achselhöhle ausgeräumt wurde. Nach kurzer Zeit bereits

trat eine Infiltration der ganzen Umgebung ein, so daß dem Pat. die Exartikulation im Schultergelenke vorgeschlagen wurde, was dieser jedoch verweigerte. Dem Verf. zur Röntgenbestrahlung zugeschickt, konnte Pat. bereits 2 Monate später, nach vollkommenem Verschwinden der Infiltration, mit normal beweglichem Arm entlassen werden.

Nach den bisherigen Erfahrungen sind die Rundzellensarkome am besten durch Röntgenbestrahlung zu beeinflussen. Erfolg kann aber manchmal erst nach längerer Zeit sich bemerkbar machen. **Gaugele** (Zwickau).

33) **J. de Nobele.** La radiothérapie.

(Soc. méd.-chir. d'Anvers annales 1905. März.)

Nach einem historischen Überblick über die Radiotherapie berichtet Verf. von einem Falle von Magenkrebs, wo er ein vorzügliches Resultat erzielte; der Kranke nahm unter der Behandlung in 1 Monat 6 kg an Gewicht zu, Erbrechen usw. war verschwunden. Ob dauernde Heilung, steht dahin. Verf. berichtet ferner von geheilten Gesichtskrebsen, Lupus usw. und bildet die betr. Fälle vor und nach der Behandlung ab. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

34) **Hammer.** Die Glasfeder, ein praktisches Instrument zur Applikation flüssiger Ätzmittel.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 8.)

H. verwendet die »Glasfeder« (von A. W. Faber) zur Ätzung von Lupusknötchen, kleinen Epitheliomen, Leichentuberkeln, Ulcera mollia, Rhagaden und Fisteln. Beim Lupus sticht er mit der Feder in die Knötchen ein, stopft dann mit Acidum carbolicum liquefactum getränkte Watte mit dem gleichen Instrument nach und fixiert die karbolgetränkte Watte für 24 Stunden mit Kollodium. Die Resultate sind sehr günstig. **Jadassohn** (Bern).

35) **R. Rau.** Über einen Fall von Angiokeratom (Mibelli).

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 8.)

Das Mibelli'sche Angiokeratom, das vor allem an den Händen vorkommt und in zahlreichen teleangiektatischen und verhornten Knötchen besteht, war auch in R.'s Fall, wie schon mehrfach, mit einer augenscheinlichen Schwäche des Gefäßsystems (Varicen usw.) vergesellschaftet, während Frostbeulen, die sonst sehr häufig sind, fehlten. Die in letzter Zeit erörterte Frage, ob Beziehungen zwischen dieser Krankheit und Tuberkulose bestehen, beantwortet Verf. negativ, trotzdem der Pat. (freilich nur allgemein) auf Tuberkulin reagierte. Histologisch spricht nichts für eine entzündliche Erkrankung. Für die Behandlung bewährte sich am meisten Verschorfen mit dem Unna'schen Mikrobrenner. **Jadassohn** (Bern).

36) **N. Bardescu** (Bukarest). Die Bothriomykose beim Menschen.

(Spitalul 1905. Nr. 9.)

Die Krankheit ist parasitärer Natur und wurde von Bollinger im Jahre 1870 unter dem Namen Kastrationsschwamm beschrieben, während die ersten Fälle beim Menschen erst im Jahre 1897 von Poncet und Dor in Frankreich, Faber und ten Siethoff in Holland bekannt gemacht wurden.

Im allgemeinen wird die Krankheit selten beobachtet, und ist eine sichere Diagnose nur auf Grund der mikroskopischen Untersuchung zu stellen. In dem von B. beobachteten Falle, einen 7jährigen Knaben betreffend, der mit einer Nagelfeile in die Kuppe der dritten linken Zehe gestochen wurde, entwickelte sich eine schmerzlose, etwa haselnußgroße, ulzerierte Geschwulst, die operativ entfernt wurde und nicht mehr rezidivierte. Ihre Untersuchung ergab eine elastische, auf dem Durchschnitt weiße, keinen Saft gebende Geschwulst, die mikroskopisch als zum großen Teile aus embryonalem Bindegewebe gebildet erschien. In ihr fand man zahlreiche Herde, die an Aktinomykose erinnerten; doch fanden sich statt Aktinomyces in der zentralen, helleren, wenig gefärbten Zone zahlreiche, mit Gram

stark gefärbte Staphylokokken, welche stellenweise wie Diplokokken aussahen. Die Kulturen ergaben einen gelblichen Staphylokokkus, welcher Gelatine verflüssigte und einen dicken Satz auf dem Boden der Proberöhre bildete. Inokulationen auf Kaninchen riefen meistens Eiterung hervor; bei einem der Versuchstiere bildete sich eine erbsengroße Geschwulst, die mit der Zeit verschwand.

Möglicherweise handelt es sich in diesen Fällen um einen Staphylokokkus, der in seinen Eigenschaften durch verschiedene Umstände verändert worden ist und so zu einer charakteristischen Geschwulstbildung führt. Diese bleibt an der Impfstelle lokalisiert und stört nur durch ihre Größe, welche die einer Nuß erreichen kann, und bewirkt sonst kein Leiden. **E. Toff** (Braila).

37) **C. Sick.** Schaumzellentumor der Haut.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXIX. p. 550.)

Verf. untersuchte eine eigroße, derbe Geschwulst, die auf der Außenseite im oberen Drittel des Oberschenkels gesessen hatte. Die Haut über ihr war rot und trocken; die Geschwulst war verschieblich und gut abzugrenzen. Sie wurde in der Kocher'schen Klinik exstirpiert. Auf Grund seiner sehr ausführlich beschriebenen mikroskopischen Resultate, die sich zu einem kurzen Referate nicht eignen, kommt S. zur Ansicht, daß es sich um eine aus Bindesubstanzelementen hervorgegangene Geschwulst mit schaumiger Hypertrophie des Protoplasma ihrer Zellelemente handle. **Doering** (Göttingen).

38) **H. Landau.** Über Krebs und Sarkom am gleichen Menschen. (Aus der chirurgischen Privatklinik von Dr. Karewski in Berlin.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 14.)

Der betreffende 38jährige Mann hatte außer Exostosen und einem Osteom am Unterkiefer, nebst mehreren Naevi pigmentosi ein Fibrosarkom der rechten Brustdrüse und ein Adenokarzinom des außerdem einzelne Polypen aufweisenden Mastdarmes und ist durch Operation beider bösartigen Geschwülste bisher geheilt worden. In der Literatur sind 20 Fälle von Sarkom und Karzinom an demselben Individuum beschrieben. **Kramer** (Glogau).

39) **Coste.** Plaie pénétrante de l'abdomen avec blessure de la rate.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 5.)

40) **Cochrois.** Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de coutean, grosse éviscération et plaies des viscères herniés.

(Ibid.)

Zwei durch Messerstich hervorgerufene Bauchverletzungen. Im ersteren Falle hatte der Stich die linke Bauchseite oben durchtrennt und die infolge Malaria vergrößerte Milz getroffen. Blasse Gesichtsfarbe, kleiner Puls und Schmerzen in der linken Seite führten zur Laparotomie, da eine Verletzung der Milz vermutet wurde. Die 1 cm lange Milzwunde wurde mit Seide genäht, ein Tampon auf die genähte Stelle gelegt und die Bauchwunde bis auf die Tamponstelle geschlossen. Heilung.

Im zweiten Falle saß die 7 cm große Stichverletzung in der Gegend der linken Fossa iliaca. Fast der ganze Dünndarm war vorgefallen, ebenfalls ein Stück des Netzes und ein Teil des Colon ascendens. Mehrere Wunden der Därme und des Netzes mußten genäht werden, dann wurde der ganze Vorfall nach Abspülen in die Bauchhöhle zurückgebracht, dieselbe mit reichlichen Mengen Kochsalzlösung ausgespült und völlig geschlossen. Im unteren Wundwinkel bildete sich nach einigen Tagen ein kleiner Abszeß; dann verlief alles glatt bis zur völligen Heilung. **Herhold** (Altona).

41) **G. Clarkson.** Unusual case of suppurative appendicitis.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 21.)

Mitteilung eines ungewöhnlichen, tödlich endenden Falles von rezidivierender Perityphlitis mit großem Beckenabszeß und Senkung des Eiters entlang der Psoasmuskulatur bis unter das Leistenband. Eröffnung am Oberschenkel. **W. Weber** (Dresden).

42) **Duval.** Occlusion intestinale due à l'enroulement, autour d'une anse grêle, de l'appendice enflammé et perforé; double laparotomie. Guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 4.)

5 Wochen, nachdem er eine leichte Appendicitis überstanden hatte, erkrankte ein junger Soldat unter den Erscheinungen innerer Einklemmung.

Bei der Laparotomie zeigte sich, daß der kleinfingerdicke perforierte Wurmfortsatz bandartig einige Dünndarmschlingen dadurch komprimierte, daß er mit der Spitze an der hinteren Bauchwand verwachsen war. Es bestand im Bauch bereits ein trübseröser Erguß, es wurde jedoch durch Abtragen des Wurmfortsatzes Heilung erzielt. **Herhold** (Altona).

43) **Clairmont.** Bericht über 258 von Prof. v. Eiselsberg ausgeführte Magenoperationen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

Die 258 Fälle sind in 8 Jahren operiert worden. Das Material umfaßt das gesamte Gebiet der chirurgischen Magenpathologie, abgesehen von den Magenperforationen. Die Gesamtmortalität betrug 23%. Neben Erkrankungen des Magens selbst gaben auch solche der Speiseröhre, des Pankreas und der Gallenblase Veranlassung zu Operationen am Magen. Aus dem reichhaltigen Materiale kann nur auf einige interessante Dinge hingewiesen werden. Erwähnenswert sind die Fälle von gleichzeitiger Verätzung der Speiseröhre und des Pylorus, die durch eine Reihe von Eingriffen, Jejunostomie, Gastrostomie mit nachfolgender Sondierung ohne Ende und schließlich mit Ausschaltung des Pförtners durch Gastroenterostomie behandelt worden sind. Für diese Gruppe von Fällen empfiehlt v. Eiselsberg im Gegensatze zu der sonst angewendeten zweizeitigen Magenfistelbildung nach v. Hacker die einzeitige. Zur Sondierung ohne Ende wurde stets ein an einem Seidenfaden befestigtes Schrotkorn benutzt; wo dies nicht durch die Stenose drang, kam man schließlich stets mit einer Darmsaite zum Ziele. Die darauffolgende Durchziehung von Drainröhren durch die Enge wurde in der Richtung des Schlingaktes oder umgekehrt, je nach leichterer Ausführung, bewerkstelligt. Für die Diagnose der Verätzung von Speiseröhre und Pylorus muß besonderer Wert gelegt werden auf die sichtbare Magenblähung, die v. Eiselsberg beschrieben hat und die um so stärker wird, je enger die Stenose in der Speiseröhre ist.

Wegen geschwüriger Prozesse wurde 94mal operiert. Die Indikationen, welche zur chirurgischen Behandlung der geschwürigen Magenerkrankungen führten, waren im ganzen die von v. Mikulicz auf dem Chirurgenkongreß 1897 skizzierten: Offene Geschwüre im Magen, am Pylorus oder im Duodenum, welche durch dauernde Schmerzen, chronische geringe oder akute Blutungen ausgezeichnet waren; ferner Stenosen durch Narben oder Verwachsungen infolge des Geschwüres, peritonitische Erscheinungen durch Perforation, phlegmonöse Gastritis und Verdacht auf karzinomatöse Degeneration des Geschwüres. Die Erfahrungen, die an diesen Pat. gemacht worden sind, sprechen dringend dafür, daß man bei Fällen, die einer längeren internen Behandlung getrotzt haben, nicht zu lange mit dem operativen Eingriff warten soll. Nur auf diese Weise kann es vermieden werden, daß solche Kranken in so elendem Zustande zur Operation kommen, daß selbst die Prognose für den unmittelbaren operativen Eingriff zweifelhaft ist. Für die Wahl der Operationsmethode beim Geschwür muß dessen Lage maßgebend sein. Beim Sitz am Pylorus gibt die Gastroenterostomie gute Resultate. Wenn dagegen ein Übergreifen auf den Magenkörper, die kleine Kurvatur oder auf die vordere und hintere Magenwand statthat, geben die Gastroplastik, Gastroanastomose und Pyloroplastik schlechte, die Gastroenterostomie wenig befriedigende Resultate. Bei diesen Fällen kommen dann andere Operationsmethoden, wie die Resektion und die Pylorusausschaltung, in Frage. Den Anschauungen und Vorschlägen Jedliczka's, bei allen Geschwürsfällen die Resektion vorzunehmen, kann sich Verf. nicht anschließen, weil bei dieser Indikationsstellung oft genug ein annähernd normaler Pylorus ent-

fernt wird, ohne daß für die Heilung des Geschwüres mehr geschieht als durch eine Gastroenterostomie, die ihrerseits doch einen weniger komplizierten Eingriff darstellt. Ein Ulcus pepticum an der Stelle der Gastroenterostomie wurde bei vorliegendem Materiale nicht beobachtet. Es lag deshalb auch keine Veranlassung vor, zur Pyloroplastik überzugehen, für welche auch keineswegs die Dauerresultate sprechen.

Bei bösartigen Magengeschwülsten kam in 77 Fällen die Gastroenterostomie als palliative Operation zur Anwendung. Bestanden keine Hindernisse, so wurde die Gastroenterostomia retrocolica posterior bevorzugt. Gute Dienste leistete der Knopf. Die Mortalität betrug 31%. 24mal wurde der Pylorus nach der ersten Billroth'schen Methode reseziert. Dem Eingriff fielen drei Todesfälle zur Last. 7mal ward nach der zweiten Billroth'schen Methode verfahren, weil die Ausdehnung des Karzinoms die erste unmöglich machte. Was die operativen Dauerresultate betrifft, so bewährte sich das erste Billroth'sche Verfahren am meisten. Die palliativen Operationen bei Magenkrebs ergaben eine höhere Sterblichkeit als die radikalen. Die Durchschnittslebensdauer der Pat. betrug nach Gastroenterostomie 200, nach Gastrektomie 400 Tage. Die Magen-Darmfistel wurde nur als indiziert erachtet, wenn wirklich eine Stenose des Pylorus vorhanden war. In Fällen, die keine Retentionserscheinungen aufwiesen, ward von einem Eingriff abgesehen, wenn die klinische Untersuchung eine Radikaloperation aussichtslos machte. Die Pylorusausschaltung ist nur selten indiziert. Sie kommt in Frage, wenn eine Resektion unmöglich ist und Blutungen aus der exulzerierten Geschwulst, jauchiger Zerfall, Gefahr der Perforation und Fieber durch Resorption von der Geschwürsfläche aus auftreten.

Was die Technik der Magenoperationen betrifft, so sei erwähnt, daß v. Eiselsberg zur Gastroenterostomie hauptsächlich zwei Etagennähte, eine vordere und hintere Seromuscularisnaht, sowie eine vordere und hintere Schleimhautnaht anwendet. Die Methode der Wahl ist die Naht; nur bei spezieller Indikation wird der Murphyknopf in Anwendung gezogen. Das Abgehen des Knopfes wurde nur in 1/3 der Fälle festgestellt. Die Fälle von offenem Geschwür sind wegen Gefahr von Komplikationen durch Zurückbleiben des Knopfes von seinem Gebrauch auszuschließen. Im ganzen hatten die Karzinompatienten mit Knopfanastomose eine längere Durchschnittslebensdauer als die mit Naht. Der Circulus vitiosus wurde 6mal beobachtet. Diese Komplikation dürfte nach den Vorschlägen von v. Hacker und Kappeler seltener werden. Die Kürze des zuführenden Schenkels, die Schnittführung in schräger Richtung, die Fistelanlegung möglichst nahe der Curvatura major und Suspensionsnähte verbessern zweifellos die Prognose der Fistelanlegung zwischen Magen und Darm. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

44) **H. S. Clogg.** Perforated duodenal ulcer.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 21.)

Verf. bringt drei mit Erfolg von ihm operierte Fälle von Perforation eines Duodenalgeschwüres. Drei Männer von 44, 37 und 53 Jahren, die 28, 31 und 24 Stunden nach Beginn der Symptome zur Operation kamen, und bei denen er in jedem Falle die gefundene Perforationsöffnung im Duodenum mit Hilfe des Netzes zu decken gezwungen war, weil die Ränder im Zustande chronischer Entzündung und sehr zerreißlich waren. Bei allen dreien legte er eine Gegenöffnung in der rechten Lendengegend an und drainierte hier. Er betont die in ungefähr der Hälfte der Fälle geradezu charakteristische Abwesenheit von Erscheinungen, die der Perforation vorausgehen. Meist betrifft der Durchbruch Männer im mittleren Alter, die vorher ganz gesund gewesen waren, oft nach oder bei einer körperlichen Anstrengung. Häufig beobachtet man eine ziemlich lange »Latenzperiode« zwischen dem heftigen Beginne der Symptome und den Zeichen der fortschreitenden Peritonitis. In solchen Fällen ist anfangs nur wenig Flüssigkeit ausgetreten, und erst mit dem allmählichen Nachgeben von Verklebungen nehmen die Erscheinungen ihren Fortgang. Die Mortalität aller operierten Fälle zusammen berechnet C. auf 75%, doch bessern sich alljährlich die Zahlen mit der frühzeitigeren Erkennung der

Perforation, der besseren Technik des Eingriffes. So hängt die Prognose wesentlich ab von der rechtzeitigen Diagnose. Für wesentlich zur Erkennung erachtet Verf. folgende Punkte: die Abwesenheit vorausgegangener Symptome; die genauere Feststellung der Art solcher Zeichen, wenn sie doch vorausgegangen waren; die Örtlichkeit des Frühschmerzes im rechten Epigastrium oder Hypochondrium; die frühzeitige Spannung und Empfindlichkeit in der rechten oberen Bauchhälfte; die frühzeitige Empfindlichkeit bei tiefem Druck über den unteren Rippen hinten und seitlich; der zunehmende Schmerz bei tiefer Atmung; der frühzeitige Hochstand der rechten Zwerchfellhälfte durch Gasansammlung. **W. Weber** (Dresden).

45) **Gauthier.** Étranglement interne subaigu simulant une appendicite. Laparotomie au sixième jour. Guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 4.)

Ein Soldat erkrankte unter heftigen Leibschmerzen in der Blinddarmgegend, Erbrechen und Stuhlverhaltung. Durch Klistiere wurde nur sehr wenig Stuhl erzielt, das Erbrechen und die Koliken gingen zeitweilig vorüber, um immer von neuem wieder einzusetzen, ohne daß der Kranke dabei besonders verfiel. Aus diesem Grunde wurde auch zunächst nur an eine Appendicitis gedacht und erst am 6. Tage der sich immer wiederholenden Krankheitserscheinungen die Laparotomie gemacht. Es fand sich in der Blinddarmgegend ein vom Mesenterium zum Kolon hinziehendes 7—8 cm langes Band, welches eine Darmschlinge einschnürte, ohne daß jedoch Gangrän eingetreten war. Durch Resektion des Bandes wurde Heilung erzielt. **Herhold** (Altona).

46) **R. Dobbertin.** Nahtlos geschweißtes Operationsmobiliar, eine beachtenswerte technische Neuheit in der Herstellung von Operationsmöbeln.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 19.)

Verf. betont das gefällige Aussehen und die Vorteile hinsichtlich der Reinigung und Asepsis, welche den von M. Schaerer-Bern hergestellten Operationsmöbeln eigen sind. Durch unmittelbares Zusammenschmelzen von Stahl-, Eisen- oder Messingrohren entstehen widerstandsfähige ganze Stücke ohne Nieten, Schrauben, übergreifende Eisenmanschetten, ohne scharfe Ecken, Absätze, Fugen, Winkel, ohne die früher üblichen Versteifungen. **G. Schmidt** (Berlin).

Berichtigung zur Frage der Orchidopexie.

Von

***Dr. M. Katzenstein** in Berlin.*

Zur Originalmitteilung des Herrn Lanz (Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 16) und zur Bemerkung des Herrn Longard hierzu (Nr. 23) konstatiere ich, daß das Prinzip des daselbst mitgeteilten Verfahrens der Orchidopexie im Jahre 1902 von mir angegeben worden ist, eine Tatsache, die Herr Longard in seiner Originalmitteilung (Zentralblatt für Chirurgie 1903 Nr. 8) anerkennt.

Das Prinzip des Verfahrens ist die zeitweilige Verbindung des Hoden mit dem Oberschenkel und die allmählige Ausdehnung des zu kurzen Samenstranges durch die Bewegungen der Extremität. Ich habe das Verfahren im Juni 1902 der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins an einem geheilten Falle demonstiert; die Originalmitteilung befindet sich in der Deutschen med. Wochenschrift 1902 Nr. 52; weitere Erfahrungen sind in den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1904 kurz mitgeteilt.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 28. Sonnabend, den 15. Juli. 1905.

Wie entsteht die Thrombose der Vena iliaca externa links nach der Appendicektomie?

Von
O. Witzel in Bonn.

Das Auftreten einer einseitigen Thrombose der Vena iliaca externa, und zwar links, nach glatt verlaufenen Appendixexstirpationen ist wohl von den meisten Chirurgen beobachtet worden. Sowohl bei persönlichen Unterredungen in größeren Kreisen von Fachgenossen als auch beim Studium der literarischen Mitteilungen blieb uns das

Ereignis bisher unerklärt. Die Versuche, Fortleitungen vom Orte des Eingriffes, der rechten Darmbeinaushöhlung, zur linken Leistengegend, aus dem Wurzelgebiete der Pfortader in dasjenige der großen Hohlvene zu finden, die Versuche der Erklärung durch Metastasierung, durch primäre Herzschwäche (bei sonst ganz gesunden, jugendkräftigen Personen!) haben die Sache nur noch rätselhafter gemacht.

Mit Hinsicht auf die Sicherheit guten Ausganges, die wir unseren Kranken im übrigen für die Operation im Ruhestadium der Appendicitis geben können, ist die Möglichkeit des Eintretens der Thrombose und der unberechenbaren Verschleuderung der Gerinnsel geradezu abscheulich. Dreimal erlebte ich die Sache im Laufe der Jahre bei Kranken, die auch nicht die geringste sonstige, eine Thrombosierung begünstigende Störung boten.

Es wird eine nach jeder Richtung hin wohl erwogene und wohlvorbereitete Appendicektomie glatt ausgeführt. Der Verlauf der 3—4 ersten Tage scheint den Fall den übrigen, in 14 Tagen zur Heilung kommenden, anzureihen. Da steigt bei leichtem allgemeinen Unbehagen ganz unerwartet die Temperatur; es treten unbestimmte Beschwerden im Unterleib auf. Die Wunde aber erweist sich als vollkommen reaktionslos; nur nach links medianwärts von ihr wird vorsichtiger Druck etwas unangenehm empfunden. Die Behaglichkeit des Kranken ist gestört; er kommt nicht mehr zum ruhigen Durchschlafen der Nächte; die Temperatur bleibt erhöht. Der Schmerz lokalisiert sich dann immer mehr in der linken Unterbauchgegend und zieht, reißenden Charakters, in das linke Bein hinein. Die Erscheinungen der linksseitigen Thrombose sind unverkennbar. Ein Krankenlager von 4 Wochen, statt von 12 Tagen, ist das mindeste, auch wenn geeignetes Verhalten und Glück des Kranken Embolien unterbleiben lassen.

In meinem letzten Falle brachten Verschleuderungen, die trotz aller Gegenbestrebungen in mehreren Schüben unter leichten Frösten in die Lungen erfolgten, ein hoffnungsvolles junges Menschenkind mehrmals an den Rand des Grabes. Der Hinblick auf das Unfaßliche der Gefahr minderte uns doch etwas den Mut, die sonst so harmlose Operation zu empfehlen.

Wiederum haben wir in der Literatur nachgeforscht, Umfrage gehalten, ob denn Keiner Antwort geben könnte auf die Frage nach der Entstehung und der Verhütung. Immer wieder habe ich meine drei Fälle mit Hinblick auf die Vorbedingungen, den Verlauf des Eingriffes, den örtlichen Befund des erkrankten Organes und seiner Umgebung verglichen. — Ohne Ergebnis. — Gleich anderen Kollegen befand ich mich zunächst auf falscher Fährte: nicht in den Wurzeln der Vena portae oder sonst in der Umgebung der Appendix und des Coecum kommt es primär zur Thrombose, — in den Stämmchen und Wurzeln der Venae epigastricae, also in der Bauchwandung, entsteht die Gerinnung, deren Fortsetzung nach der linken Bauchseite auf dem Wege der

Venae epigastricae sinistrae zur Thrombose der Vena femoralis sinistra führt. Ein bisher unbeobachtetes gemeinsames Moment mußte vorhanden sein: als solches ergab sich die gleichzeitige Unterbindung der Stämme der Arteria und der Venae epigastricae dextrae während der Operation in meinen drei Fällen[1].

Daß eine Ligatur, welche die Stämmchen der Arterie und der dicht angelagerten Venen zugleich umfaßt, in dem zugehörigen Gebiete im allgemeinen ähnlich wirkt, wie die gleichzeitige Umschnürung der Arteria und Vena femoralis auf die untere Extremität, leuchtet von selbst ein. Der Effekt muß um so prägnanter werden, wenn die Bauchdeckenstämme, Arterien und Venen, wie das wohl immer geschieht, in gleichem Momente zugebunden werden. Es bedarf für die meisten Fachgenossen wohl nur eines Hinweises, um die Erinnerung wachzurufen, wie dann distal, nach oben hin, sofort ein schwarzer Gefäßbaum erschien, wie das den Rectus deckende Bauchfell blau wurde, wie am medialen Schnittrande kleine Venen zu bluten begannen und der Ligatur bedurften. Von den kollateralen kleinen Arterien wird durch das Kapillarsystem noch Blut bis zur Überfüllung in die Wurzeln der Venae epigastricae dextrae gebracht, dann stockt der Lauf in den größeren Gefäßräumen bis zur Ligatur hin.

Der weitere Verlauf der Dinge bedarf an dieser Stelle wohl nicht der Ausführung. Meist mag die Thrombose, mehr oder weniger auf die rechte Seite beschränkt, unbemerkt verlaufen. In anderen Fällen ist das Übergreifen in das Gebiet der Vasa epigastrica sinistra hinein Ursache von unbestimmten Unbequemlichkeiten; hämatogene Infektion der Thromben führt event. zu Temperatursteigerungen. Die Fortsetzung durch die linksseitigen Venenstämmchen in die Vena iliaca externa sinistra bringt das allbekannte Bild ohne und mit Lungenembolien.

Wenn die vorstehende anatomische Erklärung richtig ist — die praktische Bedeutung der Frage läßt Mitteilungen über andernorts gemachte Erfahrungen wohl angebracht erscheinen —, dann muß unter allen Umständen unser Bestreben darauf gerichtet sein, die gemeinsame Ligatur der Vasa epigastrica — auch in Form des Umschnürens durch eine weitfassende Bauchdeckennaht, wie das in meinem zweiten Falle geschah — zu vermeiden. Die Kollision mit dem Bündel der dicht aneinander gelagerten Stämmchen geschieht

[1] Nachträglich fanden wir eine Stütze für diese Auffassung von gynäkologischer Seite: J. Clark, Etiology of post-operative femoral thrombophlebitis (Univ. of Pennsilvania med. bull. 1902 Juli). Ref. Zentralblatt für Chirurgie 1902 Nr. 40): »Die postoperative Thrombophlebitis der Femoralis ist nicht infektiösen Ursprunges und wird nicht durch eine Schädigung der Perineal-Uterin-Ovarial- und Iliacalgefäße verursacht. Vielmehr geht aus der Tatsache, daß die Komplikation nur nach solchen Beckenoperationen eintrat, bei denen eine Inzision der Bauchwand stattfand, hervor, daß der primäre Faktor mit dieser Inzision zusammenhängen muß«.

aber gewöhnlich unten, da der nach außen konkave Verlauf des Anfangsteiles das Bündel hier am ehesten in den Bereich des Längs- oder Schrägschnittes kommen läßt. Es würde sich empfehlen, den, anscheinend jetzt am meisten geübten Längsschnitt etwas lateral vom äußeren Rectusrande, ohne Eröffnung der Scheide dieses Muskels verlaufen zu lassen und jedenfalls die leichte Schrägrichtung desselben, unten zur Mittellinie hin, zu vermeiden, diese Schrägrichtung eher durch eine Abweichung nach außen hin zu ersetzen, wenn dabei auch einige Bündel mehr vom Obliquus internus und Transversus abdominis durchtrennt werden. Der Schrägschnitt parallel zum Leistenband hat in gebührender Entfernung von den epigastrischen Gefäßen Halt zu machen; jedenfalls in der Tiefe. Unter allen Umständen muß der Bauchnaht eine Orientierung über die Lage der Gefäße, zumal im unteren Winkel vorausgehen, da, wie oben hervorgehoben wurde, ein Mitfassen der Gefäße durch die Naht der Ligatur in der Wunde gleich zu achten ist. Sollte aber wirklich einmal die Verletzung eines Venenstammes geschehen sein, dann muß die, technisch nicht ganz leichte, isolierte Unterbindung gelingen, um dem Gebiete die vis a tergo der Arterie zu erhalten.

---

1) **Gardner.** The corneal reflex the most reliable guide in anaesthesia.

(Brit. med. journ. 1905. Februar 4.)

G. betont auf Grund seiner langen Erfahrungen als Berufsnarkotiseur die Wichtigkeit des Cornealreflexes als des weitaus zuverlässigsten Zeichens bei Narkosen mit Chloroform und Äther, im Gegensatze zu dem durch mannigfache Umstände beeinflußbaren Pupillarreflex. Er stellt den Satz auf, daß eine Überdosierung des Narkotikums unmöglich ist, solange der Cornealreflex, wenn auch in geringer Intensität, noch ausgelöst werden kann.

W. Weber (Dresden).

---

2) **E. S. Perman.** Über die Angiotripsie in der allgemeinen operativen Chirurgie.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 12. [Deutsch.])

Nach einem geschichtlichen Rückblick auf die von den Gynäkologen erfundenen und zuerst angewendeten hämostatischen Instrumente (Angiotrib, Pince à pression progressive, Vasotribe u. a.) (Doyen, Tuffier, Thumim, Zweifel usw.), sowie die analogen Instrumente in den Händen der Chirurgen (Schultén, Sykow, Bruni, Mayer) überblickt Verf. die Geschichte der Unterbindung sowohl während der vorantiseptischen als der antiseptischen bezw. aseptischen Zeit. Die an der Ligaturmethode haftenden, nie voll zu überwindenden Nachteile werden zugunsten der Angiotripsie ausführlich erwogen und haben den Verf. veranlaßt, seit März 1904 sich der Angiotripsie in größerer Ausdehnung zu bedienen.

Mit eigens dafür konstruierten »Péans«, die ausführlich beschrieben und abgebildet werden, faßt der Operateur die blutenden Gefäße; nach beendetem operativem Eingriffe werden die Gebisse der Arterienklemmen mit einer besonders dafür konstruierten sehr kräftigen Klemmzange zugedrückt. Nach Abnahme der Instrumente zeigt sich die betreffende Stelle des Gewebes mit dem Gefäße papierdünn. Eine Beschreibung einer solchen, mikroskopisch untersuchten (Prof. Sundberg) Stelle liefert Verf. als Anhang seiner Arbeit.

Verf. hat nur in vereinzelten Fällen Nachblutung zu verzeichnen gehabt und ist mit der Methode sehr zufrieden; gibt zuletzt kurze Winke über die Kontraindikationen (intraperitoneale Operationen, Arteriosklerose) und rühmt der Methode einen reaktionslosen und schmerzfreien Verlauf nach.

Hansson (Cimbrishamn).

---

3) **v. Mosetig-Moorhof.** Therapie der Gelenktuberkulose.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 49.)

Nach v. M. soll die rationelle konservierende Therapie der Gelenktuberkulose eine operativ aktive sein, wenigstens in allen Fällen von Fungus osseus. Sie hat zu bestehen in einer sorgfältigen Exstirpation des gesamten lokaltuberkulösen Gewebes in Weichteilen und Knochen sowie in Ausfüllung aller Gewebsdefekte, namentlich der Knochenhöhlen, durch v. M.'s bekannte Jodoformplombe.

Hübener (Dresden).

---

4) **C. Alexander.** Eine neue Hilfsmethode zur Diagnose und Therapie der Gonorrhöe.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 4.)

Wasserstoffsuperoxydinjektionen in die Harnröhre sind vom Verf. angewandt worden, in erster Linie als diagnostische Methode für den Nachweis von Gonokokken, in zweiter Linie therapeutisch als Hilfsmittel bei Behandlung der Gonorrhöe. Die Methode stützt sich auf die Tatsache, daß Wasserstoffsuperoxyd beim Zusammentreffen mit Blut, Eiter, Bakterien, stickstoffhaltigen oder leimgebenden Substanzen katalysiert. Die Entwicklung von Sauerstoffgas äußert sich hierbei durch Schaumbildung. Diese Gasentwicklung reißt in ihrer mechanischen Wirkung Sekret und Gerinnsel und nach Ansicht des Verf. auch die Gonokokken aus ihren Schlupfwinkeln mit sich fort. In dem — kurze Zeit nach H_2O_2-Injektion in die Harnröhre — am Orificium externum derselben austretenden weißen Schaume ließen sich mikroskopisch Gonokokken nachweisen in zahlreichen Fällen, in denen alle anderen diagnostischen Methoden negative Resultate ergeben hatten. Für die therapeutische Anwendung kommt neben dieser rein mechanischen Wirkung nach Ansicht des Verf.s noch eine chemische in Betracht, nämlich die Oxydation der Gonokokkentoxine.

Grunert (Dresden).



5) **A. Cooper.** On the significance of scars of the genital region in the retrospective diagnosis of syphilis.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 21.)

Verf. wendet sich gegen die Gepflogenheit, aus Narben in der Genitalgegend ohne weiteres den anamnestischen Schluß auf das Vorhandensein einer Lues zu ziehen und umgekehrt aus dem Fehlen solcher Narben die Abwesenheit von Lues zu folgern. Beides sei gleich fehlerhaft. Im folgenden bespricht er dann im einzelnen die Narben der Geschlechtsteile und der Leistengegend, die zurückbleiben können nach Ulcus durum, Ulcus molle, Gummata, Ulcus phagedaenicum, gonorrhoischen Drüsenerkrankungen, Balanitis, Herpes, Talgdrüsenvereiterungen, gonorrhoischen Abszessen am Penis, Tuberkulose, Traumen, Kauterisationen, Ätzungen usw. Er faßt seine Bemerkungen zusammen in folgenden Schlußsätzen, wobei er die nicht venerische Ätiologie unberücksichtigt läßt.

1) Man findet mehr und ausgeprägtere Narben an den Geschlechtsteilen von Hospitalspatienten als von Privatpatienten.

2) In vielen Fällen von Spätformen der Lues (»nervöse« und »interne« Formen) ist an den Geschlechtsteilen überhaupt nichts mehr nachzuweisen.

3) Eine einzelne Narbe auf der Penishaut ist verdächtig auf luetischen Ursprung.

4) Eine einzelne Narbe auf der Schleimhaut ist wahrscheinlich luetischen Ursprunges, gelegentlich auch zurückzuführen auf ein Ulcus molle.

5) Mehrere Narben auf der Schleimhaut des Penis sind zu erklären durch Ulcus molle.

6) Mehrere Narben auf der Schleimhaut und Haut sind gleichfalls zu erklären durch Ulcus molle.

7) Narben der Leistengegend, zugleich mit Narben des Penis, lassen auf Ulcus molle schließen.

8) Narbe der Leistengegend ohne Penisnarben kann man für Gonorrhöe verwerten.

9) Ausgedehnte Narben am Penis oder in der Leistengegend oder in beiden zugleich entstehen durch Ulcus phagedaenicum.

10) Narben an den Genitalien mit solchen sonst am Körper sind für Lues zu verwerten. **W. Weber** (Dresden).

---

6) **O. Goldstein.** Therapeutische Erfahrungen über das Enésol (salizylarsensaures Quecksilber) bei Syphilis.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 7.)

Das neue, von Clin & Co. in Paris stammende Präparat ist »ein saurer Ester der arsenigen Säure mit Salizylsäure, in welchem die dritte Hydroxylgruppe durch Quecksilber substituiert ist«. Es enthält 38,46% Quecksilber und 14,4% metallisches Arsen und wird als gelöstes Injektionsmittel bei Syphilis empfohlen. G. injizierte in der

Finger'schen Klinik im allgemeinen täglich 2 ccm (= 6 cg salizylarsensaures Quecksilber) intramuskulär in die Nates; durchschnittlich waren 15—20, gelegentlich 30 Einspritzungen notwendig. Stomatitis wurde öfter beobachtet; die örtlichen Beschwerden nach den Einspritzungen waren oft sehr gering, manchmal stärker. Die syphilitischen Erscheinungen der Früh- und Spätperiode gingen gut zurück; besonders schien das Mittel in einem Falle bösartiger Lues sehr vorteilhaft zu wirken. Rezidive traten in einzelnen Fällen bald auf. Im Harne konnte Quecksilber sehr schnell nachgewiesen werden, verschwand aber auch schnell wieder. Die »Remanenz« ist also gering. Verf. empfiehlt das Mittel freilich mit Vorbehalt und glaubt, daß es vielleicht besonders in Kombination mit ungelösten Präparaten sich sehr wirksam erweisen werde (doch führen auch die Injektionen von Salizylquecksilber und Kalomel zu einer sehr schnellen Quecksilberresorption, wie namentlich aus den neuen Versuchen von Burgi sehr deutlich hervorgeht, so daß in dieser Beziehung eine Kombination der ungelösten mit den gelösten Präparaten nicht notwendig erscheint; Ref.).

Jadassohn (Bern).

---

7) **Henggeler.** Über einige Tropenkrankheiten der Haut.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 5.)

In der vorliegenden ersten Abhandlung wird die tropische Frambösie in ausführlicher Weise auf Grund der Literatur und eigener auf Sumatra gemachter Studien geschildert. Auch die Histologie ist berücksichtigt. Sehr schöne Photographien sind der Arbeit beigegeben. Wer sich mit dieser eigenartigen Krankheit beschäftigen will, wird das interessante Original einsehen müssen.

Jadassohn (Bern).

---

8) **F. Poòr.** Beiträge zur Klinik und Anatomie des sog. Adenoma sebaceum.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 7.)

Die eigentümlichen, an der Gesichtshaut lokalisierten, symmetrischen Knötchen, welche eine recht unangenehme Verunstaltung darstellen, haben vor allem aus theoretischen Gründen in der Literatur seit Jahren eine nicht unbedeutende Rolle gespielt. Die einen fassen sie als Talgdrüsenadenome, die anderen als Naevi auf. Verf. schließt sich auf Grund eines klinisch und histologisch typischen Falles der letzterwähnten Anschauung an und bezeichnet die Anomalie in Übereinstimmung mit dem Ref. als Naevus sebaceus (symmetricus).

Jadassohn (Bern).

---

9) **A. Mibelli.** Über eine neue Formel zur Bereitung von Bädern, Waschungen und Umschlägen mit Oleum cadinum Anthracol.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 3.)

Statt der üblichen Methode, Teerbäder zu geben, empfiehlt M. (im Anschluß an Balzer), wirkliche Emulsionen von Teer zu Bädern zu benutzen. Er verwendete folgende Formel: Oleum cadinum (oder auch Anthracol) 67,0; Colophon. 11,10; 20%ige Sodalösung 21,90, und gibt davon 100—150 g zu einem Bade. Auch in stärkerer Konzentration kann man von dieser Formel zu Waschungen und feuchten Umschlägen Gebrauch machen. M. hat sich bei juckenden Hautkrankheiten, besonders auch bei bullösen Formen, dieser Behandlungsmethode mit großem Vorteile bedient. **Jadassohn** (Bern).

---

10) **A. Pasini.** Die kaustische Wirkung des Arsenigsäureanhydrids auf die epithelialen Gewebe.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 6.)

Aus den mit wäßriger Lösung von Arsenigsäureanhydrid an der Schleimhaut von Tieren und an der Vorhaut von Menschen angestellten Versuchen ergab sich, daß die Lösung mindestens 1 : 150 stark sein muß, um nachweisbare Veränderungen hervorzurufen, daß diese bei 1 : 70 ihr Maximum erreichen, daß die ersten Erscheinungen erst nach 3—4 Stunden eintreten, und daß auf totes Gewebe eine Wirkung nicht stattfindet.

Die Epithelzellen degenerieren zu einer schließlich ganz homogenen, durchsichtigen Masse. In der Cutis entsteht Thrombose, Leukocytenaustritt und Störungen an der Grenze zwischen Epithel und Cutis. Lösungen bis zu 1 : 15000 besitzen positive chemotaktische Kraft. **Jadassohn** (Bern).

---

11) **L. Voigt.** Beitrag zur Gewinnung der Variolavaccine.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 9.)

Aus seinen zahlreichen Versuchen, das Pockenkontagium in Vaccine umzuwandeln, zieht V. folgende beiden Schlüsse: 1) Pockenborken sind ein für die Gewinnung der Variolavaccine wertvolles Material, das neben der Lymphe und dem Gewebe der Pockenpustel zur Impfung der Versuchstiere benutzt werden sollte. 2) Zu den Umzüchtungen der Variola zur Vaccine kann man Kaninchen mit einiger Aussicht auf Erfolg als Zwischenträger benutzen. **Jadassohn** (Bern).

---

12) **T. S. Omeltschenko.** Nebenhöhlen des Mittelohres.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Verf., der Anatom ist, hat gefunden, daß mit gewissen Lageanomalien des Felsenbeines das Auftreten von pneumatischen Räumen

am Boden der Paukenhöhle verbunden ist. Während hier normalerweise der Bulbus venae jugularis liegt, entsteht bei Verlagerung des Felsenbeines nach vorn ein Zwischenraum zwischen dem Bulbus und der Paukenhöhle. Der Knochen, der diese Strecke ausfüllt, ist nun nicht kompakt, sondern enthält pneumatische Räume, die stets am Boden der Paukenhöhle oder in deren nächster Nähe münden.

An 152 daraufhin untersuchten Gehörapparaten fand O. diese »Cellulae accessoriae petrosae« 59mal; 11mal waren sie doppelseitig vorhanden, 37mal einseitig. Erkennen kann man das Vorhandensein der Zellen wie folgt. 1) Am Skelett: zieht man von der Mitte der Lehne des Türkensattels eine Gerade zur inneren Protuberanz des Hinterhauptes und legt eine zweite senkrechte zur ersten ebenfalls durch die Sattellehne, so fällt das Felsenbein mit der Halbierungslinie des entstehenden rechten Winkels zusammen. Liegt es jedoch vor der Halbierungslinie, so handelt es sich um die erwähnte Verlagerung, und die Cellulae petrosae sind auch vorhanden. (Hinter der Halbierungslinie liegt es ganz außerordentlich selten.) 2) Am Lebenden: Ist die Differenz zwischen dem antero-posterioren und dem größten hinteren queren Durchmesser 3,4 bis 4,5 cm, so liegen normale Verhältnisse vor bei gleichen schrägen Durchmessern. Sind letztere ungleich, so darf man auf der Seite der größeren seitlichen Vorwölbung des Schädels die Zellen erwarten. Ist jene Differenz 2,0 bis 2,5, so wird man die Zellen auf beiden Seiten finden.

Die Bedeutung der Zellen liegt einmal auf physiologischem Gebiet, insofern sie günstig für die Akustik sind, sodann spielen sie auf pathologischem Gebiete dieselbe Rolle, wie etwa die Cellulae mastoideae.

V. E. Mertens (Breslau).

---

13) **Milligan.** Suppurative frontal sinusitis.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 28.)

M. teilt die Nasennebenhöhlen ein in solche, deren Sekrete in den mittleren Nasengang, und in solche, deren Sekrete in den oberen geleitet werden. Zu den ersteren zählen Oberkieferhöhle, vordere Siebbeinzellen, Stirnhöhlen; zu den letzteren die hinteren Siebbeinzellen und die Keilbeinhöhlen. Fast immer sind bei Entzündungszuständen mehrere Nebenhöhlen befallen, entsprechend der ursprünglichen Infektionsursache und der Selbstinfektion der Höhlen untereinander. Bei Besprechung der Ätiologie, Bakteriologie und Diagnose der einzelnen Nebenhöhlenerkrankungen betont M. den hohen Wert der Durchleuchtung bei Oberkieferhöhleneiterungen, den geringen bei Stirnhöhlenkatarrhen. Stets soll der äußeren Operation die intranasale Behandlung vorausgehen, aber nur in ganz seltenen Fällen wird die letztere allein genügen, um eine Eiterung zur Ausheilung zu bringen. Unter »Heilung« versteht M.: völlige Abwesenheit von Eiter bei rhinoskopischen Untersuchungen, keine Kopfschmerzen mehr, völlige Ausheilung der Operationswunde. Bei so gestellten Forderungen, meint er, wird der Prozentsatz wirklicher Heilung nicht besonders hoch aus-

fallen. Für das Auftreten von keloidartigem Aussehen der Narbe glaubt er die Störung der Wunde durch das beständige Spiel des M. orbicularis beschuldigen zu müssen; in gleicher Weise erklärt er übrigens auch die öfters auftretende keloidartige Beschaffenheit von Halsnarben durch das Spiel des Platysma. — Er eröffnet die Stirnhöhle mit einem supraorbitalen Schnitt, selten und meist bei doppelseitigen Eiterungen mit einem medianen. Fortnahme eines Stückes der vorderen Sinuswand. Bei Eiterungen ohne wesentliche Veränderungen der Schleimhaut selbst entleert und reinigt er die Höhle, sorgt für guten Abfluß und tut weiter nichts. Bei schwereren Veränderungen der Sinusschleimhaut richtet er sich nach der Größe der Höhle. Ist sie von vorn nach hinten nicht länger als 2 cm, so nimmt er die ganze vordere Knochenwand fort und erstrebt eine völlige Obliteration. In diesen Fällen vernäht er die Wunde nur in ihrem äußeren Drittel, das übrige drainiert er. Bei einem Durchmesser der Stirnhöhle von mehr als 2 cm entfernt er die ganze Schleimhaut und erstrebt eine Ausfüllung der zurückgelassenen Höhle mit normalen Granulationen. Dabei ist die Vermeidung der Infektion der Granulationen von größter Bedeutung. Man muß auf jeden Fall alle infizierten Teile der Stirnhöhle gründlich ausräumen, die infizierten Siebbeinzellen entfernen und die Verbindung zur Nase hin vollständig offen und frei halten zum Sekretabfluß. M.'s Erfahrungen erstrecken sich auf 40 Pat. Zwei davon sind gestorben an Stirnlappenabszeß und Meningitis, 28 wurden völlig wieder hergestellt ohne Rückfall, 4 leiden noch an geringem Eiterfluß aus dem Sinus, 5 haben trotz langer Behandlung immer noch reichliche Sekretion aus Stirn- und Siebbeinhöhlen behalten.

W. Weber (Dresden).

14) **B. Canfield.** The treatment of chronic empyema of the antrum, both simple and when combined with empyema of the ethmoid and sphenoid.

(Med. news 1905. März 25.)

Den ersten Schritt zur erfolgreichen Behandlung der chronischen Kieferhöhleneiterung sieht Verf. in der Erkenntnis der verursachenden Momente. Ob die Behandlung konservativ oder radikal ausgeführt werden soll, richtet sich nach der Individualität des einzelnen Falles. Im allgemeinen sind jedoch zunächst konservative Maßnahmen zu empfehlen.

Vor sog. radikalen Operationen sind zuerst Polypen, Adenoide und Deviationen des Septum zu entfernen. Verf. ist davon überzeugt, daß schon allein durch die ungehindert passierende Luft eine Selbstreinigung der Nebenhöhlen bewirkt wird. Die durch Zahnkaries verursachten Empyeme behandelt er nach der Extraktion wie die anderen unkomplizierten, d. h. mit Aufmeißelung der nasalen Wand vom unteren oder mittleren Nasengang aus.

Zur Irrigation der Kieferhöhle zieht Verf. das von Halle an-

gegebene Instrument vor. Großen Wert legt er auf Trocknen der Höhle mittels warmer Luft und Jodoformpuder.

Bei hartnäckigen Empyemen und solchen, die mit Erkrankung der Siebbein- und Keilbeinhöhlen kompliziert sind, wendet er die Methode von Luc-Caldwell an.

Den Heilungsverlauf will Verf. durch Transplantation bei zerstörter Schleimhaut und nachträgliche Naht der bukkalen Wunde beschleunigt haben. **Hofmann** (Heidelberg).

15) **H. Vincent.** Symptomatologie et diagnostic de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes (angine de Vincent).
(Lancet 1905. Mai 13.)

Eingehende Beschreibung der Bakteriologie, klinischen Erscheinungen, Differentialdiagnose und Behandlung der durch Verf. zuerst beschriebenen und als Angina Vincenti bei uns bekannten Krankheit. Die für diese Angina ulcerosa von Verf. und sonstigen Beobachtern beschriebenen spezifischen Bakterien sind fusiforme Bazillen und symbiotisch mit diesen auftretende Spirillen. Sie sind in der Arbeit abgebildet. Differentialdiagnostisch kommen hauptsächlich die echte Diphtherie und syphilitische Affektionen in Betracht. Therapeutisch sind intensive Höllensteinätzungen und Betupfen der belegten Partien mit Jodtinktur von Wert.

Das Literaturverzeichnis enthält 84 Nummern aus der internationalen Bibliothek. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

16) **W. Pasteur.** On pneumococcal sore-throat with notes of a fatal case.
(Lancet 1905. Mai 27.)

Verf. meint, die Pneumokokkenangina verdiene mehr Aufmerksamkeit als ihr bislang zugewendet ist. Er berichtet über einen Fall, den er selbst beobachtete, und einige weitere Fälle aus der Literatur und versucht, die Charakteristika der Krankheit genau abzugrenzen. Die vorkommenden Formen der Angina pneumococcica sind: 1) Die suppurative; 2) die pseudomembranöse; 3) die follikuläre; 4) die inflammatorische oder erythematöse; 5) die herpetiforme. Differentialdiagnostisch kommen hauptsächlich Diphtherie und Streptokokkenangina in Betracht. Die Diagnose ist bakteriologisch zu sichern. Bei Streptokokkenangina ist das Exsudat dünner, lockerer und weniger anhaftend als bei Diphtherie oder Pneumokokkenangina. Der Beginn der Krankheit ist meist plötzlich, oft mit Schüttelfrost, die Initialsymptome sind schwer, die Temperatur geht auf 40° und höher — ganz ähnlich dem Beginne der Pneumonie und unähnlich dem der anderen Halsaffektionen. Die Krankheitsdauer beträgt gewöhnlich 2—5 Tage; Kinder und Erwachsene werden von der Affektion befallen, die Prognose ist im allgemeinen ungünstig. Über die Therapie wird nichts weiter berichtet. Diphtherieseruminjektionen, die meist

wohl, wie auch in Verf.s Fall, auf Grund diagnostischen Irrtums verabfolgt werden, wirken naturgemäß nicht.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

17) **G. A. Wagner.** Über postoperative Parotitis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 52.)

Die postoperative Entzündung einer oder beider Ohrspeicheldrüsen ist erst seit 25 Jahren bekannt und wurde anfangs ausschließlich nach Ovariotomien beobachtet. Auffallenderweise tritt sie im Anschluß an Operationen auf, ohne daß sonst irgendein Eiterherd im Körper auffindbar wäre, vor allem bei völligem Mangel einer Infektion im Operationsgebiete. Meist beginnt sie am 5.—7. Tage nach der Operation unter plötzlichem Fieberanstieg, wenn auch bisher völlig normale Temperaturen vorhanden waren. Die Mortalität beträgt bei den reinen postoperativen Fällen (ohne Eiterung an der Operationswunde) 30%. An der Hand von 5 im Zeitraume von $2^1/_2$ Jahren in der v. Eiselsberg'schen Klinik beobachteten derartigen Fällen (2 Magen-, 2 Darmoperationen und 1 Cholecystektomie, 3 mit tödlichem Ausgange) bespricht W. eingehend die Ätiologie der Erkrankung. In allen 5 tödlich verlaufenen Fällen hatte sich zu der Parotitis eitrige Bronchitis mit Lobulärpneumonie resp. verjauchender Pneumonie hinzugesellt, während das Bauchfell frei von Entzündungserscheinungen war.

Es kommt die Parotitis postoperativa zweifellos durch Infektion vom Mund aus zustande. Wesentlich dabei ist die Sistierung der Speichelabsonderung während der Laparotomie, die Pawlow in seinen ausgezeichneten Versuchen nachgewiesen hat. Dieselbe hält auch nach Verschluß der Bauchhöhle an, selten kehrt sie dann schon zur Norm zurück. Hinzu kommt die Wirkung der Chloroformnarkose auf die Speicheldrüse (direkte Lähmung nach Berth) oder der Äthernarkose (Stillstand der Sekretion nach vorangegangener Hypersekretion Rüttermann). Zu diesen Momenten tritt dann nach Verf. wohl auch in manchen Fällen eine traumatische Schädigung, bedingt durch das Verhalten der Kiefer an den Kieferwinkeln während der Narkose durch den beständigen Druck der Finger des Narkotiseurs.

Wichtig ist die Forderung hinsichtlich der Prophylaxe: Gründliche Reinigung der Mundhöhle vor der Operation.

Hübener (Dresden).

---

18) **A. Fraenkel.** Über die Heilung ulzeröser Lungenprozesse, insbesondere des Lungenbrandes, auf operativem Wege.

(Med. Klinik 1905. Nr. 20.)

Für die Lösung der für die vorliegende klinische Abhandlung in Betracht kommenden Fragen muß man unterscheiden den akuten Lungenbrand von dem chronischen, ferner den Solitärherd und die vielfache und zerstreute Höhlenbildung. Das eigentliche Gebiet der Operation sind die akuten und zugleich solitären Formen. Die Probe-

punktion ist bei allen ulzerösen und besonders brandigen Lungenleiden zu verwerfen. Dagegen gehören zur einigermaßen sicheren Annahme einer solitären Lungengangrän: 1) umschriebene Dämpfung, 2) die in verhältnismäßig kurzer Zeit erfolgende Abstoßung reichlicher Lungengewebsteile, 3) der durch die Röntgenaufnahme gebrachte Nachweis, daß sich außer der durch Schalldämpfung festgestellten Verdichtung keine weiteren Herde in der Lunge befinden. Neuerdings überweist F. auch solche Fälle dem Chirurgen, bei denen sich Lungengewebe in weniger reichlichem Maß abstößt und nur ab und zu in mit bloßem Auge sichtbaren Teilen im Auswurf erscheint. Besonders günstig gestaltet sich der operative Erfolg, wenn zugleich ein putrides Empyem besteht. Bei sämtlichen Operierten der F.'schen Abteilung wurde von W. Körte einzeitig vorgegangen. — Von den Lungenabszessen heilen viele, besonders die nach Lungenentzündungen, von selbst aus. Daher ist die Operation erst nach anfänglichem abwartenden Verhalten am Platze. Für Fremdkörper empfiehlt sich die Bronchoskopie; ist hierfür der richtige Zeitpunkt verstrichen, so ist die Pneumotomie vorzunehmen. — Von den Bronchiektasien hält F. nur die umschriebenen sackförmigen zur Pneumotomie für geeignet. Zur Bemessung des Umfanges des Krankheitsprozesses ist auch hier vor der Operation neben Behorchung und Beklopfung die Durchleuchtung und Röntgenaufnahme nicht zu entbehren. — Eröffnung und Drainage großer tuberkulöser Höhlen, sowie ausgiebige Rippenresektionen zur Mobilisierung des die Kaverne umgebenden verdichteten Gewebes ohne ihre Eröffnung kommen nur für seltene Fälle in Betracht.

G. Schmidt (Berlin).

---

19) **H. A. McCallum.** Visceroptosis: its symptoms and treatment.

(Brit. med. journ. 1905. Februar 18.)

Wenn die Senkung der Baucheingeweide überhaupt Symptome macht, so sind es in der großen Mehrzahl der Fälle diejenigen der Neurasthenie. Solche Fälle lassen sich nicht auf operativem Weg oder durch mechanisches Zurückhalten der gesenkten Organe behandeln, sondern nur durch eine Weir-Mitschell'sche Liegekur mit Massage, guter Ernährung und Suggestionsbehandlung. Über 90% der weiblichen Neurasthenie haben ihre Ursache in der Visceroptosis, hervorgerufen durch schlechte Haltung, fehlerhafte Bekleidung, unvollständige Ausnutzung der unteren Thoraxhälfte, Mangel an Fett und ungenügenden Tonus der Bauchmuskulatur. Auf alle diese unterstützenden Faktoren ist bei der Prophylaxe Acht zu geben, ganz besonders aber auf sorgfältige Wiederherstellung einer widerstandsfähigen Bauchwand im Wochenbette. Bei der Behandlung ist von großer Bedeutung: 4—8wöchige Rückenlage im Bette möglichst ohne Kissen, kühles Bad eine Stunde vor der Massage, allgemeine Massage mit besonderer Bevorzugung der Bauchmuskulatur, Erweiterung der unteren Thoraxteile, gute Ernährung für den Fettansatz, suggestive Beeinflussung. Zum

Schluß wendet sich Verf. nochmals energisch gegen alle gynäkologischen und chirurgischen Operationen, die eine Hebung und Befestigung gesenkter, prolabierter oder beweglicher Organe bezwecken.

W. Weber (Dresden).

---

20) **L. Aschoff.** Über die Bedeutung des Kotsteines in der Ätiologie der Epityphlitis.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 24.)

A. gründet seine Ausführungen in der Hauptsache auf das Rotter'sche Material, 130 Wurmfortsätze, von denen 102 systematisch untersucht wurden, insbesondere aber auf die 12 letzt eingesandten Fälle, bei welchen der Wurmfortsatz 7—48 Stunden nach dem Auftreten der klinischen Anzeichen herausgenommen und gehärtet worden ist.

Die Mehrzahl aller Appendicitisfälle kommt im steinfreien Wurmfortsatz durch eine unmittelbare bakterielle Infektion vom Darm oder vom Blute her zustande. Die Entzündungsvorgänge verlaufen hier in ganz ähnlicher Weise wie im steinführenden Wurmfortsatze. Lakunäre, pseudomembranöse, ulzeröse Entzündungen und Perforationen finden sich genau so vor wie bei Gegenwart eines Steines. Nur fallen sie, besonders die Perforationen, nicht immer so grob in die Augen und können oft nur mikroskopisch festgestellt werden. Die Heilungsvorgänge verlaufen auffallend rasch und führen je nach dem Grade der stattgehabten Zerstörung zur Obliteration, Narbenbildung der Schleimhaut mit wechselnder Neubildung von Drüsen oder zur Restitutio ad integrum. Mit der Mehrung der Frühoperationen häufen sich die Befunde steinfreier Wurmfortsätze. Unter Rotter's letzten Fällen fand A. nur selten gröber geformte Kotmassen, die vielleicht während des Lebens noch nicht einmal die Festigkeit erreicht hatten, um als Kotstein bezeichnet zu werden (Formolhärtung!). In der Mehrzahl der Fälle waren nur schmale Kotsäulen oder Krümelchen oder nur mikroskopische Spuren zu finden. In 2 von den 12 Wurmfortsätzen konnte auch mit dem Mikroskope nichts von Kot gefunden werden. — Die zum Anfalle führende Infektion kommt vielfach in ganz normalen Wurmfortsätzen zustande. Sie wird begünstigt durch eine Hypertrophie der Wurmfortsatztonsille, die ihren Ursachen nach uns vielfach ebenso unbekannt ist, wie die Hypertrophie der Mandeln, und die keine fortschreitende chronische destruierende Entzündung darstellt, die im sogen. Anfalle akut emporflackert. — Ebensowenig wie die Gallensteine an sich eine akute Cholecystitis hervorrufen, ebenso sind die Kotsteine an sich harmlose Gesellen. Wird aber ein steineführender Wurmfortsatz infiziert, so lokalisiert der Stein die Entzündung an bestimmter Stelle, er begünstigt ihren schwereren Verlauf, er verzögert die Heilung. — Eine nicht bakterielle, durch einfache Einklemmung eines Kotsteines hervorgerufene Reizung des Wurmfortsatzes mit kolikartigen Schmerzen, entsprechend der mechanisch-aseptischen Reizung

der Gallenblase beim eingeklemmten Gallenstein, ist, wenn überhaupt beweisbar, ein sehr seltenes Vorkommnis. **G. Schmidt** (Berlin).

---

21) **F. Bauer.** Frühzeitige Operation der akuten Appendicitis, um septischer Peritonitis oder Allgemeininfektion vorzubeugen oder solche zu begrenzen.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 13. [Deutsch.])

In der nordischen Gesellschaft für Chirurgie ist die Appendicitisfrage Gegenstand der Diskussion geworden (6. Kongreß zu Gothenburg v. J.). Verf., Anhänger der Frühoperation, der nebst Prof. Ali Krogius das Thema einleitete, hat seine Erfahrungen, die sich über 420 Fälle erstrecken, in der vorliegenden Arbeit niedergelegt. Er teilt die Fälle in Gruppen ein, die in Rücksicht auf die Praxis die Symptome als das Einteilungsprinzip festzuhalten suchen; weiter sind operierte und nichtoperierte Fälle tabellarisch verzeichnet; schließlich bekommt man eine Übersicht über die zwischen Erkrankung und Operation verflossene Zeit.

Auf einzelne Fragen näher einzugehen verzichtet dieses Referat; die Schlüsse, zu denen Verf. kommt, lauten:

1) Jeder Pat. mit akuter Appendicitis oder mit suspekter akuter Appendicitis wird am sichersten in einer chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses behandelt.

2) Je eher nach der Erkrankung er ins Krankenhaus aufgenommen wird und je vorsichtiger der Transport dahin vonstatten geht, desto größer ist die Aussicht auf seine Wiederherstellung.

3) Pat. mit nicht begrenzter Appendico-Peritonitis und Pat. mit hochgradiger Allgemeininfektion ohne Peritonitis müssen unbedingt operiert werden, und zwar so bald als möglich, am liebsten schon 2 Stunden nach der Erkrankung.

4) Pat. mit begrenzter Appendico-Peritonitis werden durch möglichst frühzeitige Operation, mit Entleerung des event. vorhandenen Eiters und Entfernung des Wurmfortsatzes, am sichersten auf einmal von der Krankheit und deren Ursache befreit.

5) Pat. mit akuter Appendicitis ohne oder mit sehr unbedeutender Affektion des Bauchfells und mit gelinden Allgemeinsymptomen können unter exspektativer Behandlung von den akuten Symptomen frei werden und werden dies gewöhnlich. Aber genaue pathol.-anatomische Untersuchungen und klinische Beobachtungen haben ergeben, daß ein Wurmfortsatz, der einmal Sitz einer Entzündung gewesen ist, niemals seine normale Beschaffenheit wieder erhält, daß ein Rezidiv sehr oft folgt, wann oder wie schwer, weiß man nicht.

Aus diesem Grunde und mit der Auffassung, daß jeder Pat., der einmal eine Appendicitis gehabt hat, von seiner Causa morbi befreit werden muß, auf Grund ferner der Gefahr für den Pat., mit welcher jede akute Appendicitis verbunden ist, selbst wenn sie klinisch leicht

zu sein scheint, entstand der Gedanke, gleich nach Einsetzen der akuten Krankheit den Wurmfortsatz zu beseitigen und den Pat. auf solche Art mit einem Schlage von der Krankheit und deren Veranlassung zu befreien. Diese Idee ist in späteren Jahren von immer zahlreicheren Chirurgen aufgenommen und ins Werk gesetzt worden. Diese Behandlung scheint auch Verf. die rationellste zu sein, die, mit der dem Pat. am besten gedient ist. — Doch hält Verf. eine exspektative Behandlung für zweckmäßig in den Fällen, welche bei der Aufnahme im Krankenhaus alle Anzeichen darbieten, daß der leichte Anfall im Rückgange begriffen ist.

6) Werden die Appendicitiden nach vorstehend angegebenen Gründen behandelt, so muß die Mortalität sehr gering werden.«

Hansson (Cimbrishamn).

---

22) **D. Armour.** The operation of gastro-duodenostomy, especially in reference to Finney's operation of gastro-pyloro-duodenostomy.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 21.)

Die Gastroduodenostomie bietet verschiedene Vorzüge gegenüber der Gastrojejunostomie: Der Mageninhalt gelangt an oder über der Eintrittsöffnung des Ductus choledochus und des Ductus pancreaticus in den Darm, der Rückfluß von Galle und Pankreassaft in den Magen im Sinne des Circulus vitiosus ist unmöglich, die Entstehung eines peptischen Geschwüres als Folge der neuen Fistelöffnung ist unwahrscheinlich wegen der normal vor sich gehenden Neutralisation des Mageninhaltes beim Eintritt ins Duodenum. Die Hauptanzeige für Anlegung einer Gastroduodenostomie ist die gutartige Pylorusverengerung. Verf. empfiehlt die von Finney 1902 beschriebene Änderung der Gastroduodenostomie: Bauchschnitt im rechten Rectus, Pylorus wird freigemacht, ebenso der erste Abschnitt des Duodenum. Diese Beweglichmachung von Pylorus und Duodenum ist die unerläßliche Vorbedingung für Ausführung der Operation. Anlegung von Seidenzügeln durch die obere Wand des Pylorus und je 12 cm abwärts an der vorderen Wand von Duodenum und Magen. Anspannung der Zügel. Fortlaufende sero-seröse Naht zwischen Magen und Duodenum. Zweite Reihe von Nähten (Matratzennähte) wird darüber gelegt, aber noch nicht geknüpft. Die Fäden werden mit Haken zur Hälfte nach oben, zur Hälfte nach unten gezogen. Hufeisenförmige Inzision durch Magen, Pylorus und Duodenum. Blutstillung. Abtragung überschüssiger Schleimhaut. Fortlaufende hintere muco-muskuläre Catgutnaht. Knüpfung der bereits gelegten Matratzennähte. Wenn nötig, kommen noch einige sero-seröse Knopfnähte hinzu. **W. Weber** (Dresden).

Kleinere Mitteilungen.

23) **Sargent** and **Dudgeon.** Emphysematous gangrene due to the bacillus aerogenes capsulatus.

(Arch. internat. de chir. Vol. II. Fasc. 2.)

Die Arbeit stützt sich auf fünf eigene einschlägige Beobachtungen, auf Grund deren Verff. folgende Bakterien als Ursache der Gasgangrän bezeichnen: 1) Bakt. aërogenes capsulatum, 2) Bakt. pseudooedematis maligni, 3) Bakt. coli, 4) Bakt. oedematis maligni.

Bei der Infektion mit Bakt. aërogenes capsulatum (zwei Fälle) betrug die Inkubationszeit 36 bezw. 40 Stunden, beim Bakt. coli 4 Tage, und in den beiden Fällen, in denen keine spezifische Bakterien isoliert werden konnten, 3 bezw. 12 Tage. Der klinische Verlauf der beiden ersten Beobachtungen entsprach einer schweren toxischen Erkrankung. Der äußere Befund bot in keinem der Fälle etwas Charakteristisches für die besondere Infektion.

Was die Therapie anlangt, so empfehlen Verff. für die Fälle, in denen eine Infektion mit Bakt. aërogenes capsulatum vorliegt, folgendes: Vermeidung des Tourniquets bei der Blutstillung und Anwendung der Digitalkompression; Verzicht auf primäre Wundnaht; ausgedehnter Gebrauch von Wasserstoffsuperoxyd.

Engelmann (Dortmund).

24) **J. Wainwright.** Clinical studies in blood-pressure and shok in traumatic surgery.

(Med. news 1905. März 25.)

Verf. hat bei 12 Fällen von Chok folgende Beobachtungen gemacht:

Der Riva-Rocci'sche Apparat bildet eine wertvolle Bereicherung für die Beurteilung des Chok und des Erfolges der angewandten Mittel.

Im Beginn des Chok ist der Blutdruck gesteigert, doch kommen die Verletzten in diesem Stadium nur selten in chirurgische Behandlung. Verf. berichtet über einen solchen Fall und hält diesen Zeitpunkt für eine Operation günstig. Aber auch auf der Höhe des Chok operierte Verf., weil er durch Beseitigung des zertrümmerten Gliedes das auslösende Moment ausgeschaltet zu haben glaubt.

Von Strychnin und Digitalin hält Verf. nicht viel. Mehr Wert schreibt er intravenösen Infusionen zu. Bei Morphiuminjektionen will er immer ein Ansteigen des Blutdruckes beobachtet haben. Diese und Einwicklungen der Extremitäten, wobei auch der Bauch mit einbegriffen sein soll, um das Splanchnicusgebiet zu entlasten, hat Verf. zur Bekämpfung des Chok vornehmlich angewandt. Drei Verletzte erlagen dem Chok.

Daß das ganze Krankheitsbild des Chok noch manches Dunkle enthält, bezeugen vier Fälle, in deren Verlauf die Blutdruckkurve exzessive Steigungen ergab, ohne daß diesen eine kurz zuvor angewandte therapeutische Maßnahme entspräche.

In einem Falle spricht Verf. von einem kardialen Chok (Howell), bei welchem der Puls bis auf 150 Schläge stieg, während der Blutdruck nichts Abnormes aufzuweisen hatte. **Hofmann** (Heidelberg).

25) **A. Sticker.** Erfolgreiche Übertragungen bösartiger Geschwülste bei Tieren.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 24.)

Das kgl. Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. gelangte vor 2 Jahren in den Besitz eines Penissarkoms eines Hundes. Die Übertragung der Neubildung — in die Unterhaut, Bauch-, Brust-, Mund-, Schädelhöhle, ins Auge und in den Knochen — gelang bis heute bei mehr als 60 Hunden und 2 Füchsen,

dagegen nicht bei Katzen, Mäusen, Ratten, Meerschweinchen. Die entstehenden Geschwülste stimmten mit dem typischen kleinzelligen Rundzellensarkom, dem Lymphosarkom des Menschen, völlig überein. Bei mehreren Hunden heilten die wiederholt experimentell erzeugten Sarkomgeschwülste immer wieder aus. Daraus schließt S.:

1) Es gibt bösartige Geschwülste — zu diesen gehört das Lymphosarkom des Hundes —, welche einer äußeren Ursache, und zwar überpflanzten Geschwulstzellen eines anderen Tieres ihre Entstehung verdanken.

2) Für gewisse bösartige Geschwülste ist der wissenschaftliche Beweis erbracht, daß sie in die Reihe derjenigen Krankheiten gehören, durch deren Überstehung der Körper eine Immunität erwerben kann. **Georg Schmidt** (Berlin).

26) **L. Zupnik.** Über gattungsspezifische Behandlung der Aktinomykose.

(Aus dem Verein deutscher Ärzte in Prag, Sitzung vom 28. Oktober 1904.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 49.)

Bei einem 18jährigen Knaben, der an einer ausgedehnten inoperablen Bauchaktinomykose litt, war die wochenlange Darreichung von Jodpräparaten innerlich und dann nach dem Verfahren von Lieblein völlig erfolglos geblieben. Der ganze rechte und die Hälfte des linken unteren Bauchquadranten waren von der Geschwulst eingenommen. Im Laufe von 6 Monaten bekam der Kranke 30 Injektionen von Tuberkulin, steigend von 0,0002 ccm bis zu 3,5 ccm pro dosi. Die ersten Injektionen hatten allgemeine und lokale Erscheinungen zur Folge. Die Geschwulst hat sich in ihren Flächendimensionen um die Hälfte verkleinert; von den vorhanden gewesenen vier Fisteln sind zwei geschlossen, die dritte ist im Verschluß begriffen; eine derselben liegt bereits außerhalb der Geschwulst. Die früher vom Mastdarm aus leicht zu erreichen gewesene Geschwulst ist von hier nicht mehr zu tasten. Gewichtszunahme während der Behandlung über 5 kg. **Hübener** (Dresden).

27) **Dopter.** Über einen Todesfall nach Anwendung der offizinellen Borsalbe bei einer Brandwunde.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

Der Fall betraf ein 2jähriges Kind mit einer 12 cm langen und 3 cm breiten Brandwunde zweiten Grades am Unterarme. Bald nach Gebrauch der 10%igen Borsalbe, von der ca. 80 g (8 g Borsäure) verwandt worden sind, erkrankte es an einem scharlachähnlichen Ausschlage, der an Händen und Füßen bläulichschwarze Verfärbung und petechienartiges Aussehen zeigte, dann an Erbrechen und Durchfall und starb am 4. Tage unter rapidem Kräfteverfall, ohne daß Fieber aufgetreten war. Mund- und Nasenschleimhaut waren normal, der Sektionsbefund negativ. (Harnack-Halle führt, ebenso wie D., den Tod auf Borsäurevergiftung zurück, s. Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 22. Ref.) **Kramer** (Glogau).

28) **Bowlby and Andrewes.** A second case of cutaneous anthrax successfully treated by Sclavo's serum without excision.

(Brit. med. journ. 1905. Februar 11.)

Bei einem 30jährigen Roßhaararbeiter, der mit einem typischen Milzbrandkarbunkel an der Stirn im St. Bartholomews Hospital aufgenommen wurde, wird ohne Versuch operativer Beseitigung oder sonstiger Beeinflussung des Anthrax am 5. Tage nach Beginn der örtlichen Symptome das Serum von Prof. Sclavo (Siena in einer Menge von 40 ccm unter die Bauchhaut gespritzt. Vom nächsten Tage ab normale Temperaturen, Erniedrigung der Pulszahl, Verschwinden der Drüse am Kieferwinkel, aber für etwa 48 Stunden Zunahme des Ödems. 14 Tage nach der Einspritzung verließ Pat. völlig geheilt das Hospital. Von ganz besonderer Bedeutung ist in diesem Falle, daß es schon 19 Stunden nach der Injektion nicht mehr möglich war, Anthraxbazillen kulturell nachzuweisen; nur Staphylokokken wuchsen auf dem Nährboden. (S. den Fall von Andrewes in Nr. 26 ds. Bl.)

W. Weber (Dresden).



29) **R. A. Stoney.** Two cases of tetanus treated by antitetanic serum.
(Lancet 1904. April 29.)

Zwei Fälle von Wundtetanus mit 17- resp. 18tägiger Inkubation. In beiden Fällen dieselbe Behandlung: Serum (Pasteur)-Injektionen, große Dosen Bromkali mit Chloralhydrat per rectum. Der Ausgang im ersten Falle: Tod nach 60 Stunden, im zweiten Heilung. Verf. kommt zu dem Schluß, daß die Resultate der Behandlung vom Grade der Infektion abhängig sind und therapeutisch bislang durch die Serumbehandlung nichts geleistet werden kann. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

30) **G. C. Severeanu** (Bukarest). Die Radiotherapie des Krebses.
(Revista de chir. 1905. Nr. 2.)

Verf. gibt eine Übersicht der Röntgentherapie und fügt sieben Fälle eigener Beobachtung hinzu. In fast allen handelte es sich um Epitheliome. Die angewendete Methode war die Morton'sche der Hystofluoreszenz, bestehend in der Chininisierung der Kranken, der auch die arsenikale Therapie hinzugefügt wurde. Pat. erhielten täglich eine intramuskuläre Einspritzung von: Chinin. dihydrochlor. 0,40, Natr. arsenicos. 0,01, Aq. destill. 1,00, und wurde beobachtet, daß bei Kranken, welche ausschließlich der Radiotherapie ausgesetzt wurden, die Neubildung sehr langsam zurückging, während bei denjenigen, welche obige Einspritzungen erhielten, eine rasche Rückbildung stattfand, und gleichzeitig auch der Allgemeinzustand sich besserte. Der Rückgang der Neubildung stand also in engem Zusammenhange mit den vorgenommenen Injektionen. Im allgemeinen stellt die Radiotherapie eine vorteilhafte und ungefährliche Behandlung der bösartigen Geschwülste dar, durch welche man in vielen Fällen Heilung, in anderen jedenfalls Verminderung der Schmerzen erzielen kann. Die Mißerfolge dürfen weniger der Methode, als der fehlerhaften Anwendung derselben, dem ungünstigen Boden und der noch ungenügenden Kenntnis dieses neuen therapeutischen Agens zugeschrieben werden.

E. Toff (Braila).

31) **J. S. Wight.** Intracranial traumatic hemorrhage.
(Med. news 1905. April 15.)

Unter Berücksichtigung einiger einschlägiger Literaturfälle wird ein Fall von subduralem Hämatom beschrieben, welcher sich durch sein überaus langes Intervall auszeichnet.

Der 52jährige Pat. fiel vom Wagen und war einige Minuten bewußtlos. Am 2. Tage stellten sich linksseitige Hemiplegie ein, sowie Erbrechen, jedoch kein Druckpuls. Die Lähmung besserte sich, so daß Pat. nach 3 Wochen das Bett verließ. Nach 2 Monaten stellte sich die Hemiplegie wieder ein. Nach $3^1/_2$ Monaten wurde das Allgemeinbefinden zusehends schlimmer, und 2 Wochen später traten die bedrohlichen Symptome eines unzweifelhaften rechtsseitigen Hämatoms auf. Die Operation wurde verweigert und Pat. ging zugrunde.

Die Autopsie enthüllte ein $^1/_8$ des Hirnvolumens betragendes subdurales Blutgerinnsel, welches die obere Hälfte der rechten Hemisphäre einnahm und verschiedene Stadien frischer und alter Blutung bot. **Hofmann** (Heidelberg).

32) **L. Strominger** (Bukarest). Ausgebreitetes Angiom der linken Hirnhälfte.
(Spitalul 1905. Nr. 6.)

Der an Hemiplegia infantilis leidende Pat. bot einen Naevus vascularis der linken Gesichtshälfte dar, welcher sich über die Stirn bis zur Parietalnaht, die Nasenhälfte, das linke Ohr und die Oberkiefergegend erstreckte. Die Nekropsie zeigte, daß auch die Meningen der betreffenden Hirnhälfte eine bedeutende Verdickung und abnorme Vaskularisation darboten, also gleichsam denselben Prozeß, den man auf dem Gesichte sah. Diese Hirnhemisphäre war viel kleiner als die andere, auch waren die Windungen viel weniger entwickelt.

E. Toff (Braila).

33) **C. K. Mills.** The diagnosis of tumors of the cerebellum and the cerebellopontile angle, especially with reference to their surgical removal.

34) **C. L. Dana.** The cerebellar seizure (cerebellar fits), a syndrome characteristic of cerebellar tumors.

35) **C. H. Frazier.** Remarks upon the surgical aspects of tumors of the cerebellum.

36) **T. H. Weisenburg.** The pathology of cerebellar tumors.

37) **J. Fränkel.** The diagnosis of cerebellar tumors.

38) **G. E. de Schweinitz.** The ocular symptoms of cerebellar tumor.

39) **E. Lodholz.** The function of the cerebellum.

40) **J. M. Swan.** Report of a case of cyst of the cerebellum.

Als »Symposium« über Kleinhirngeschwülste bringt das New York and Philadelphia med. journ. in den Nr. 6 und 7 (Februar 1905) obige Arbeiten, unter denen besonders die von Mills und Frazier durch ausführliche Mitteilungen über sechs eigene gemeinsame Beobachtungen für den Chirurgen von Interesse sind.

Diese Fälle sind kurz folgende:

1) Haselnußgroße Geschwulst in der linken Hälfte des Kleinhirns, operativ geheilt von allen Erscheinungen bis auf fast völlige Blindheit, die schon vorher bestanden hatte (Neuritis optica).

2) Ein ähnlicher Fall (walnußgroßes Gliom), aber Rezidiv.

3) Geschwulst nicht gefunden, zweite Operation auf der anderen Seite vorgeschlagen, aber abgelehnt.

4) Geschwulst nicht gefunden. Exzision eines Teiles der einen Hemisphäre. Wesentliche Besserung.

5) Operation vor Eröffnung der Dura abgebrochen wegen starken Blutverlustes (aus zwei abnormen Sinus bezw. abnorm großen Emissarien); Pat. erholt sich, 12 Stunden später wird gemeldet, daß es ihm sehr gut geht; 10 Minuten darauf plötzlicher Tod. Ursache nicht aufgeklärt (Autopsie verweigert).

6) Im wesentlichen erfolgreiche Entleerung einer Cyste im Winkel zwischen Kleinhirn und Brücke, die intensivste Schmerzen und Lokalerscheinungen im Bereiche des 5.—8. linken Hirnnerven gemacht hatte.

Mills bespricht auf Grund sehr sorgfältiger Untersuchungen an diesen Fällen und an der Hand der Literatur die Symptomatologie der Kleinhirngeschwülste: die Allgemeinsymptome (Kopfschmerzen, verschieden lokalisiert, können sehr heftig sein, fehlen sehr selten ganz; Übelkeit und Erbrechen häufig, können aber längere Zeit aussetzen; Stauungspapille sehr häufig, meist stark progredient; Schwindel) und die Herdsymptome (Nystagmus, sehr häufig, bei Sitz der Geschwulst an verschiedenen Stellen; ist aber ein unsicheres Symptom, das keinen lokalisatorischen Wert zu haben scheint; Hemiasynergie inkonstant; Koordinationsstörungen graduell sehr verschieden). Als besonders wertvoll für die Seitendiagnose hat sich M. das echt zerebellare Symptom der halbseitigen Muskelschwäche ergeben: bei Neigung des Kranken, z. B. auf die linke Seite zu fallen, spricht Muskelschwäche der linken Seite mit Neigung der Augen, nach rechts abzuweichen, für linksseitige Geschwulst (Ausfallserscheinungen); umgekehrt, wenn Reizerscheinungen bestehen: Krämpfe auf der Seite der Geschwulst, Fallen nach der anderen, Neigung der Augen, nach derselben Seite abzuweichen. Bei einer medianen Geschwulst fiel der Kranke immer nach hinten, nie zur Seite. Hier gelten dieselben Gesetze: bei Sitz der Geschwulst vorn am Wurm bei destruierender Wirkung Fallen nach vorn, bei Reizwirkung Fallen nach hinten; sitzt die Geschwulst hinten, dann umgekehrt. Meistens scheinen die Geschwülste destruktiv, seltener irritativ zu wirken.

Bei Geschwülsten im Winkel zwischen Brücke und Kleinhirn treten besonders markante Erscheinungen auf, wenn die Hirnnerven beteiligt sind (5. bis 8.). Sie

können auch der Ausgangspunkt der Geschwülste sein (Fibrome des Acusticus relativ häufig, sie sind meist frei von Verwachsungen und deshalb noch am ehesten operabel).

L. Dana beschreibt an der Hand von mehreren Fällen als cerebellar seizure oder fots (Kleinhirnanfall) einen Zustand, der nach seiner Meinung nicht selten bei Geschwülsten im Winkel zwischen Kleinhirn und Brücke (z. B. bei den Acusticusfibromen) vorkommt und für sie charakteristisch ist: lautes, intensivstes Ohrenklingen oder -sausen oder knackende Geräusche; Verlust des Gleichgewichtes, meist ohne Schwindelgefühl, mit oder ohne Zwangsbewegungen; plötzliches Hinstürzen in irgendeiner Richtung; manchmal plötzliche Blindheit und Bewußtlosigkeit; in schweren (meist den späteren) Anfällen tonische Krämpfe, mit Überwiegen der Extensoren. Dauer des Anfalles 1—2 bis 5—10 Minuten. Vom Labyrinthschwindel unterscheidet ihn das plötzliche Hirnstürzen, die Bewußtlosigkeit, die tonischen Krämpfe, die beim reinen Labyrinthschwindel sehr selten sind; ferner fehlt bei den Kleinhirnanfällen das bei diesem oft so quälende subjektive Schwindelgefühl.

Frazier schildert bei den anatomischen Vorbemerkungen die Schwierigkeiten der Operationen am Kleinhirn und fordert, gerade weil der Eingriff bei seiner Schwere einen noch widerstandsfähigen Organismus voraussetzt, daß man zur Operation schreiten soll, sobald die Diagnose leidlich sicher ist. Wartet man ab, bis die Lokalisation zweifellos wird, dann kommt man fast immer zu spät. Sollte die Operation nicht zur Entfernung der Geschwulst führen, so ist sie auch als Palliativoperation gerechtfertigt durch den elenden Zustand des Kranken (Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel) und indiziert durch die drohende Erblindung (Neuritis optica): Entfernung eines beträchtlichen Teiles einer Hemisphäre hat in einem eigenen Falle (4) bedeutende Besserung gebracht, in einem Falle von Krause 3 Jahre relativen Wohlbefindens.

Zur Operation kommt Pat. in Rückenlage, Kopf und Schultern ziemlich hoch. Den Kopf hält eine gabelförmige Kopfstütze (Abbildungen). Der gelegentlich recht schwierigen Stillung der Blutung aus den Weichteilen und abnorm großen Emissarien (Fall 5) widmet F. eingehende Besprechung. Von der Bildung eines osteoplastischen Lappens sieht auch er ab.

Nach Herabklappen des Querlappens wird eventuell die Hemisphäre inzidiert. Sitzt die Geschwulst vermutlich im Kleinhirn-Brückenwinkel, versucht F. zuerst, das Kleinhirn mit einem Retraktor medianwärts zu halten; denn von der lateralen Seite her entlang dem Os petrosum erhält man den besten Zugang, zumal wenn die Knochenöffnung lateralwärts möglichst erweitert ist. Gibt das keinen freien Zugang, dann reseziert F. einen beträchtlichen Teil der Hemisphäre — statt der gefährlichen Ventrikelpunktion und statt des ebenso gefährlichen Bohrens mit dem Finger. Diese Resektion (s. o. Palliativoperation, Fall 4) wird sehr gutvertragen[1]. Für doppelseitiges Vorgehen zieht F. vor in zwei Sitzungen zu operieren. Die Unterbindung eines Sinus transversus möchte er vermieden sehen. Seine Resultate sind oben angeführt. Er folgert daraus, daß die Scheu vor Kleinhirnoperationen noch zu groß sei. Die Gefahren liegen in erster Linie in Verletzungen des Pons durch Zerrung und Druck und können zum guten Teile vermieden werden, z. B. bei den Geschwülsten am Kleinhirn-Brückenwinkel durch die soeben beschriebene Technik. Die Schwere des Eingriffes erschien nicht größer, wenn eine Geschwulst entfernt wurde, als bei den rein explorativen oder palliativen Operationen. Im ganzen wurden sie merkwürdig gut überstanden, mit Ausnahme des Falles 5, bei dem die Todesursache nicht aufgeklärt, jedenfalls aber nicht auf Manipulationen am Kleinhirn zu beziehen ist (Dura gar nicht eröffnet).

Eine Tabelle, 116 Fälle aus der Literatur umfassend, zeigt die Besserung der Resultate: die Zahl der erfolgreichen Operationen steigt, die Mortalität ist von 70 auf 38% gesunken. F. glaubt, daß die Resultate sich noch bessern, wenigstens in der Hand derer, die diesen Operationen besondere Sorgfalt widmen.

---

[1] Den Vorschlag Krause's, durch Neigung des Kopfes auf die kranke Seite Raum zu schaffen, erwähnt F. nicht.

Aus den Mitteilungen von v. Schweinitz interessiert besonders die Frage der Stauungspapille, die in 85—90% von Kleinhirngeschwülsten vorkommt, und zwar fast immer doppelseitig, meist auch beiderseits gleich stark (stärkere Ausbildung auf einer Seite ist für die Seitenlokalisation diagnostisch nicht zu verwerten). Für die Indikation zum Operieren ist zu beachten, daß die Geschwulst nicht selten rasch einen hohen Grad erreicht und in wenigen Tagen zur Erblindung führen kann. Fast die Hälfte der Kranken erblindet. S. kann aus eigenen Erfahrungen die Beobachtungen von Sänger u. a. bestätigen, daß die Neuritis optica auch nach palliativen Operationen zurückgehen kann, offenbar durch Herabsetzung des Druckes. Schon das kann (s. o. bei Frazier) eine Indikation zum Trepanieren geben.

Von Augenmuskellähmungen ist am häufigsten der Abducens, ein- oder doppelseitig, betroffen. Häufig sind auch assoziierte Lähmungen, meist der Art, daß die Augen nicht nach der Seite der Geschwulst bewegt werden können (cf. oben bei Mills: Ausfallserscheinung). Charakteristisch, wenn auch seltener, ist Nystagmus, der nur auftritt bei Blickrichtung nach der Seite der Geschwulst.

Weisenburg bringt, ohne auf die feineren mikroskopischen Verhältnisse einzugehen, eine Übersicht über das einschlägige Material der Pennsylvanischen Universitätssammlung, in der auch ein Teil der besprochenen Fälle enthalten ist. Er bespricht auch die Fälle, wo die Symptome einer Geschwulst bestanden hatten, sich aber keine Geschwulst fand, ferner besonders die Geschwülste, die keine Symptome gemacht hatten.

Fränkel bespricht kurz die diagnostisch wichtigen Punkte, bei weitem nicht so eingehend wie Mills.

Lodholz gibt eine Übersicht über die physiologische Bedeutung des Kleinhirnes mit einem Rückblick auf die historische Entwicklung unserer Kenntnisse.

Swan's Beitrag ist kasuistisch: Krankengeschichte und Sektionsbericht über einen rasch tödlich verlaufenden Fall von großer Cyste im Kleinhirne (nicht operiert).

Auf viele Einzelheiten konnte hier nicht eingegangen werden, ihr Studium ist den Interessenten dadurch erleichtert, daß die vorstehenen Arbeiten auch im Zusammenhang als Monographie herausgegeben sind unter dem Titel: »Tumors of the cerebellum by C. K. Mills, C. H. Frazier, G. E. de Schweinitz, T. H. Weisenburg, E. Lodholz«. New York, A. R. Elliot, 1905.

Lengemann (Bremen).

41) J. Preindlsberger. Zur Exstirpationen von Neoplasmen der Tonsille.

(Wiener klin. Rundschau 1904. Nr. 48.)

Verf. hat sich, um eine bösartige Neubildung der Mandel zu resezieren, eines queren Weichteilschnittes am Halse bedient und hat dann, um den Zugang zu erleichtern, den Angulus mandibulae nach Ablösen einiger Masseterfasern reseziert, ohne daß dabei die Kontinuität des Unterkiefers unterbrochen wurde. Das durch bequeme Nachbehandlung ausgezeichnete Verfahren wird zur Nachahmung empfohlen.

Schmieden (Bonn).

42) H. Rieffel (Paris). Sur les appendices branchiaux du cou.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1905. April.)

In dem betreffenden Falle, welcher R. Anregung zu seiner Studie über die Kiemenauswüchse des Halses gab, handelte es sich um einen 6½jährigen Knaben, welcher eine kleine, aufrechtstehende Geschwulst über dem linken Kopfnicker, 3 cm oberhalb des Sternoclaviculargelenkes, darbot. Dieselbe war 2½ mm lang, 7—8 mm dick und ähnelte einem leichtgebeugten Finger. Die Spitze des Auswuchses war weich, während in den unteren zwei Dritteln unter der Haut ein hartes, knorpliges Gewebe zu fühlen war. Der Auswuchs war angeboren, viel kleiner aber und ist im Laufe der Jahre gewachsen.

Bei der Abtragung zeigte es sich, daß kein Stiel in die Tiefe gegen Kehlkopf, Luftröhre oder Carotisgegend ging, und daß der Kern der Geschwulst von einer gegen das Ende hin gabelig geteilten Knorpellamelle gebildet war. Das Zellgewebe war sehr gefäß- und namentlich venenreich.

R. hat noch 37 ähnliche Fälle aus der Literatur zusammenstellen können; und zwar trat die Geschwulst 27mal einseitig und 10mal doppelseitig auf. Ihr Sitz liegt gewöhnlich 2—3 cm oberhalb des Sternoclaviculargelenkes, selten höher, niemals aber über die Höhe des Zungenbeines hinaus.

Diese angeborenen Anhänge entspringen immer über dem vorderen Rande des Kopfnickers und beruhen auf einer Störung in der Entwicklung des zweiten Kiemenbogens. Die Art ihres Zustandekommens ist noch wenig erklärt, möglicherweise handelt es sich um eine embryonale Neubildung, wie dies schon Virchow angenommen hat, beruhend auf einem Trauma oder einer sonstigen intra-uterinen Schädigung. **E. Toff** (Braila).

43) **Riis.** Erfolgreiche Strumektomie bei doppelseitiger Pneumonie.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Nachdem kurz über neun Fälle hochgradiger Veränderungen der Luftröhre durch Kropf bei Erwachsenen und zwei Fälle von Kompression der Luftröhre durch Kropf bei der Geburt, die Verf. aus der Literatur herausgreift, referiert ist, wird ausführlich die Krankengeschichte einer von Helferich operierten Frau wiedergegeben, die bei bestehender Kompression der Luftröhre durch Kropf an Lungenentzündung erkrankte. Durch die operative Entfernung des linken Kropflappens, der die Luftröhre ringförmig umschloß, wurde zunächst Besserung des Allgemeinzustandes erzielt; durch Weiterschreiten des pneumonischen Prozesses und eine am 4. Tage nach der Operation auftretende linksseitige Hemiplegie trat am 6. Tage post operationem der Tod ein. **Dettmer** (Bromberg).

44) **Skala.** Primärer Luftröhrenabszeß, Luftröhrenschnitt, Heilung.

(Wiener klin. Rundschau 1904. Nr. 41 u. 42.)

Verf. hat bei einem 14jährigen Mädchen die Tracheotomie ausgeführt, wegen schnell zunehmender Dyspnoe, zuletzt verbunden mit Fieber und Schüttelfrost. Es fand sich gegenüber der Tracheotomiewunde in der häutigen Hinterwand der Luftröhre ein stenosierender Abszeß, dessen Eiter Streptokokken enthielt. Es werden die differentialdiagnostischen Möglichkeiten erwogen, und die Frage, ob es sich um einen Fremdkörperabszeß oder um einen von Nachbardrüsen ausgehenden Abszeß handelte. Die Ätiologie war in diesem Fall unklar. Es trat schnell volle Heilung ein; Dekanülement am 5. Tage. **Schmieden** (Bonn).

45) **E. Fränkel.** Über traumatische Herzklappenzerreißung. (Aus dem pathologischen Institute des allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 15.)

Ein 68jähriger Mann war vom Gerüste der 5. Etage eines Neubaues auf ein darunter befindliches Schutzdach mit der linken Seite aufgefallen und wurde sterbend in das Krankenhaus eingeliefert. Die Sektion ergab, abgesehen von Brüchen an sämtlichen Rippen der linken Seite mit Zerreißung der Pleura und Hämatothorax, sowie von vielfachen Einrissen an Milz, Leber, Nieren und einem Beckenbruch usw., eine partielle Zerreißung des vorderen Klappensegels der völlig gesunden Pulmonalis mit frischer hämorrhagischer Infiltration der Rißränder; die Lungenkapillaren waren mit Fetttröpfchen ausgedehnt verstopft. Verf. nimmt an, daß es durch den jähen Fall des Mannes aus beträchtlicher Höhe auf die linke Brustseite zu einer höchst akuten Raumbeengung der letzteren unter gleichzeitiger, kurzdauernder Verdrängung des Herzens nach rechts mit nachfolgender Steigerung des Blutdruckes im Gebiete der Arteria pulmonalis, Behinderung des Abflusses des Blutes aus den Lungen und dadurch zu einer Überfüllung der Art. pulmonalis und Zerreißung ihrer Klappe gekommen sei. **Kramer** (Glogau).

46) **F. Ehrlich** (Stettin). Entfernung eines Knochensplitters aus der Speiseröhre im Ösophagoskop durch »untere Ösophagoskopie«.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 15.)

Der über 3 cm lange und 1/2 cm breite Splitter saß in der Cardia fest. Bei den ersten Versuchen seiner Extraktion durch das in die Speiseröhre eingeführte Ösophagoskop kam es zu starker Blutung, so daß die Versuche abgebrochen werden mußten. Da die Körpertemperatur stieg und eine Infektion vermutet werden mußte, wurde tags darauf die Ösophagotomie gemacht und von der Wunde aus ein kürzeres Ösophagoskop eingeführt. Nunmehr gelang es, durch die bis zur Cardia reichende Röhre mit einer Zange den Knochen zu fassen und herauszuziehen, ohne daß eine Blutung erfolgte. Pat. fieberte noch ca. 3 Wochen danach, wurde aber schließlich vollständig wieder hergestellt. **Kramer** (Glogau).

47) **Johnston.** A case of bilateral diffuse virginal hypertrophy of the breasts.

(Arch. internat. de chir. Vol. II. Fasc. 2.)

In des Verf.s Fall handelte es sich um ein Mädchen von 16 Jahren, bei der die Hypertrophie mit dem 12. Jahre begonnen hatte. In der letzten Zeit war es durch schnelles Wachstum zu Atemstörungen gekommen. Nach der Amputation erholte sich Pat. schnell.

Diese, bei Beginn der Pubertät einsetzende echte Hypertrophie der Mamma ist sehr selten; aus der Literatur konnte der Verf. nur 30 analoge Beobachtungen zusammenstellen. **Engelmann** (Dortmund).

48) **L. Samelson-Kliwansky.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Mammacysten mit butterähnlichem Inhalte.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXIX. p. 76.)

Die frische Schnittfläche der Brustdrüse zeigte zahlreiche rundliche und längliche Hohlräume mit fettig-schmierigem Inhalt. Als Ursache für die Entstehung der Cysten konnte eine Obliteration der größeren Milchgänge nachgewiesen werden, hervorgerufen durch Bindegewebswucherung in ihren Wänden. In den Endbläschen fand sich eine Epithelproliferation und teilweise eine Desquamation der stark vergrößerten, protoplasmareichen Epithelzellen, welche in der Lichtung in einen fettig-schmierigen kernlosen Brei zerfallen waren und so den Inhalt der Cysten bildeten. In der Umgebung der Cysten fand sich eine starke kleinzellige Infiltration als Zeichen chronischer Entzündung. Hinsichtlich der sehr genauen mikroskopischen Untersuchung muß auf das Original verwiesen werden. **Doering** (Göttingen).

49) **Heinemann.** Weitere Beiträge zur sogenannten Autoplastik nach der Radikaloperation des Carcinoma mammae.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Seit 1902 — über die bis dahin ausgeführten Autoplastiken hat Göbell bereits früher berichtet — sind in der Kieler Klinik an sechs weiteren Fällen von Brustkrebs die bei der Radikaloperation entstandenen großen Defekte dadurch gedeckt, daß die andere Brustdrüse herüber gelagert wurde. Helferich umschneidet die zu transplantierende Mamma durch einen nach außen konvexen Schnitt, der in der vorderen Axillarlinie bis zum Pectoralisrand aufwärts geführt wird, wodurch der abgelöste Lappen eine breite Basis erhält, die seine Ernährung sichert. Die erzielten Resultate waren sehr zufriedenstellend, indem die transplantierte Mamma in allen Fällen gut anheilte, wenn auch öfter Durchschneiden von Nähten und Nekrose von Wundrändern beobachtet wurde. **Dettmer** (Bromberg).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 29. Sonnabend, den 22. Juli. 1905.

1) H. Doering. Über das Verhalten der Hämolysine bei schweren Hautverbrennungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

D. veröffentlicht die Resultate seiner Versuche, welche ergeben, daß der Organismus die im Normalzustande ziemlich konstanten Lysinwerte auch bei schweren Verbrennungen beibehält, und daß bei dieser Verletzung gegen die eigenen Erythrocyten wirksame Lysine nicht entstehen. Ferner gelang es dem Verf. folgende merkwürdige Tatsache zu konstatieren. Bei einem schweren Falle von urämischem Koma zeigte es sich, daß der Zusatz einer bestimmten Menge dieses urämischen Serums, das von seinem Komplement befreit war, zur gleichen komplementhaltigen Serummenge des Urämischen eine schädliche, hindernde Wirkung auf das Lysin des Serums gegen Erythro-

cyten des Kaninchens ausübte. Aus weiteren Versuchen ging her daß 1 ccm urämisches Inaktivserum die hämolytische Kraft 0,1 ccm urämischen Aktivserums desselben Individuums völlig aufl Eine ausreichende Erklärung für dies Phänomen im Sinne Ehrlich's Theorie konnte D. nicht geben.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

2) **H. Gross.** Die Lymphangiektasie der Leiste und and Folgeerscheinungen der Lymphstauung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

Nach einer Vorbemerkung des Verf. handelt es sich in vorliege Arbeit um eine Studie, welche einen Zyklus von Aufsätzen eröf soll, welche der Erforschung der lymphektatischen Prozesse di werden. Sie soll über die französische Auffassung der lymphek schen Prozesse orientieren und an ihr Kritik üben, soweit das lediglich französischen Auslassungen gewonnene Material eine so erlaubt. Sie beschäftigt sich deswegen vor allem mit der Ad lymphokele, mit welcher die französischen Chirurgen die anatom Vorstellung eines Lymphdrüsenangioms verbinden. Die Lehre diese Adenolymphokele ist von Nélaton begründet, das Ans dieses Forschers hat wohl andere Autoren daran gehindert, s Irrtum zu beseitigen und der richtigen Auffassung Bahn zu bre Die vorliegende Studie bringt ein sehr umfangreiches Material welchen sie Kritik übt. Sie im Detail zu referieren, ist unmö bei der Fülle von Einzelheiten, die im Original nachzulesen sind.

E. Siegel (Frankfurt a. M.

---

3) **F. Lange** (München). Die Bedeutung des Röntgenb für die Orthopädie.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17 u. 18.)

L. beschreibt zunächst kurz die von ihm zum Photograph und Durchleuchten benutzte, in ihrer einfachsten Form einem Bü brett ähnliche, sehr praktisch erscheinende Blende, die dem Tisch dem Polyphos-Röntgenapparat angepaßt ist und sich ausgezei bewährt hat. Seitdem L. mit dieser Blende arbeitet und zur gleichung auch die gesunde Seite mitphotographiert, ist es ihm gelu auch für die Diagnose von Knochentuberkulose durch das Rö bild wertvolle Aufschlüsse zu erlangen und für ihre Prozesse Therapie Anhaltspunkte zu gewinnen, insofern als der Kalksalzm in den an den tuberkulösen Knochenherd angrenzenden, ansche gesunden Knochenpartien ganz verschwommene Röntgenbilder vera und aus dem Grade dieser Verwischtheit des Bildes ein Schlu den Grad der Erkrankung gezogen werden kann. Da sich der mangel oder die beginnende Zerstörung im Röntgenbilde deutlic kennen läßt, die Zunahme des Kalkes die fortschreitende H zeigt, erhält man somit auch einen Fingerzeig, wann von der b

Behandlung angewandten Entlastung eines kranken Gliedes abgesehen, das Gelenk völlig freigegeben werden darf. Außerdem hofft L. aber auch, daß »dank dem Röntgenbilde die verstümmelnde Operation der Resektion bei den tuberkulösen Gelenken der Kinder allmählich immer noch mehr eingeschränkt werden wird«, bei welchen mit der orthopädischen Behandlung mit Gehverbänden usw. vorzügliche Resultate erreicht werden. Auch bei den Folgezuständen der Gelenktuberkulosen, bei den steifen Gelenken leistet das Röntgenbild, indem es über das Bestehen einer knöchernen Verwachsung der Gelenkenden, bezw. über das Fehlen einer solchen, Sicherheit bringt und demnach die Behandlung bestimmt, gute Dienste. Im weiteren hebt L. die wichtigen Aufschlüsse hervor, die das Röntgenbild gewährt, über die Entstehung und Anatomie der angeborenen Hüftverrenkung, über die Einfachheit der Behandlung mittels fixierenden Beckenringes bei bloßer Neigung des Schenkelkopfes zu Subluxation wegen abnormer Flachheit der Pfanne, über die Zwecklosigkeit solcher Therapie bei Stand des Kopfes außerhalb der Pfanne, über die Notwendigkeit seiner unblutigen Einrenkung mit nachfolgender, eine straffe Anspannung der unteren Kapsel bezweckender Abduktions- und Innenrotationsstellung des Schenkels in einem eng an den Trochanter anmodellierten Verband. Auch bei Knochenbrüchen, sowohl für die Diagnose derselben (Brüche der Metatarsen als Ursache der »Fußgeschwulst der Soldaten«, Schenkelhalsbrüche der Kinder usw.), wie auch für die Behandlung ist das Röntgenbild von größter Bedeutung. Mit seiner Hilfe gelingt es, eine gute Stellung des gebrochenen Knochens zu erzielen. Das ist L. dadurch gelungen, daß er die Extensionsbehandlung mit der Einschließung des gebrochenen Gliedes in einen — zur Verbesserung der Stellung der Bruchstücke unter Kontrolle durch das Röntgenbild — abnehmbaren, möglichst leichten zirkulären Verband (Zelluloid-Stahldrahtverband, über einem in Extension gearbeiteten Gipsmodell hergestellt) kombinierte. Der Ausfall des Röntgenbildes ermöglicht es, zu entscheiden, ob die ambulante Behandlung in solchem Verbande zulässig ist, und ob sie fortgesetzt werden darf.

L. schließt seine vorstehend kurz referierten, durch zahlreiche schematische Zeichnungen erläuterten Ausführungen mit den Worten: »Was der Augenspiegel von Helmholtz für die Ophthalmologen, das ist die Entdeckung unseres Landsmannes Röntgen für die Orthopädie geworden«. **Kramer** (Glogau).

---

4) **Fritz König.** Über die Berechtigung frühzeitiger blutiger Eingriffe bei subkutanen Knochenbrüchen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

K. glaubt im Gegensatze zu Bardenheuer, daß in einer Reihe schwerer Knochenbrüche die operative Vereinigung der Bruchstücke ein besseres Heilresultat gebe als die Extensionsmethode, bei welcher auch nicht immer eine tadellose Vereinigung der Bruchstücke zu er-

zielen sei. Der richtige Zeitpunkt für die blutige Reposition sei die 2. Woche, da in dieser schon eine bedeutende Umwandlung an der Bruchstelle vorhanden sei. Alle zerfetzten Gewebsstücke zu entfernen hält Verf. für unrichtig. Nur die Repositionshindernisse sind zu beseitigen. Eine allzusorgsame Ausräumung aller Gerinnsel, Gewebsfetzen usw. verhindert rasche Konsolidation des Bruches. Als Nahtmaterial bevorzugt K. Draht, oft in Verbindung mit dem Elfenbeinstift, der zur Aufnahme der Drähte eigens hergerichtet ist. An Stelle des Elfenbeins kann auch eine Knochenprothese treten. Bei starken Zertrümmerungsbrüchen sind alle Splitter fortzuräumen und so eine partielle Resektion auszuführen, um allzustarke und schädliche Callusbildung zu verhindern. Wichtig ist die Nachbehandlung nach der Operation, frühzeitige Massage und Bewegung je nach Art des Bruches.

Was die speziellen Indikationen zu blutigem Eingreifen anlangt, so ist bei Schaftbrüchen selten Operation erforderlich, am ehesten noch bei stark dislozierten isolierten Brüchen eines Vorderarmknochens und bei Oberschenkelbrüchen, die nach 2—2½ Wochen eine starke Dislokation und unausbleibliche Verkürzung aufweisen. Ist hier bei den Schaftbrüchen nur ausnahmsweise ein operativer Eingriff erforderlich, so ist K. dagegen der Ansicht, daß die blutige Therapie um so häufiger zu befürworten ist, je mehr sich die Fraktur dem Gelenkende nähert. Das ist im einzelnen in der Arbeit genauer besprochen an der Hand von Brüchen der Kniescheibe, des Tuberculum majus humeri, der Kondylenfrakturen am Oberarm u. a. m. Meist handelt es sich in allen diesen Fällen um die Gefahr einer Bewegungsbeschränkung durch das dislozierte Knochenbruchstück oder durch starke Callusbildung bei ungenügender und unmöglicher exakter Reposition. Besondere Sorgfalt hat Verf. der Besprechung der Schenkelhalsbrüche und ihrer Behandlung gewidmet. Die Entscheidung über operatives Vorgehen richtet sich hier nach der Bruchform. Ergibt die Diagnose eine Fraktur im trochanteren oder lateralen Teile des Schenkelhalses, so ist von einem Eingriff abzusehen. Erst wenn das Röntgenbild bei nicht eingekeiltem Bruche die Bruchlinie nahe am Kopfe zeigt, und neben der starken Außenrotation sich eine völlig abnorme Beweglichkeit erweist, ist eine Operation in Erwägung zu nehmen, weil eine solide Verheilung wahrscheinlich ausbleibt. Zweckmäßig ist es, nach ca. 8 Tagen den Eingriff auszuführen, da die konservative Behandlung die Aussichten der Operation verschlechtert. Auf Grund eines anatomischen Präparates, das K. einige Monate nach Naht eines Schenkelhalsbruches gewann, stellt er fest, daß die Adaptierung der Fragmente allein nicht genügt, um eine starke Konsolidation zu erreichen, sondern daß man die zerrissene Kapsel in möglichst großem Umfange wieder vernähen soll.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

5) **H. Spitzy.** Zur allgemeinen Technik der Nervenplastik.
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 3.)

Auf Grund von Tierversuchen stellt S. folgende Thesen für die allgemeinere Anwendung des beim Menschen von ihm noch nicht erprobten Verfahrens auf.

Um den Innervationsbezirk eines gelähmten Nerven an den Verlauf eines intakten anschließen zu können, gibt es zwei verschiedene Fragen:

a. Entweder man spaltet vom unversehrten Nerven einen Lappen mit zentraler Basis ab und pflanzt diesen Lappen in einen Längsschlitz des gelähmten Nerven ein, Fixierung durch Längsschnitt (zentrale Einpflanzung) — oder

b. man spaltet vom gelähmten Nerven einen möglichst großen Lappen ab mit peripherer Basis und pflanzt ihn auf dieselbe Weise in einen Längsschlitz des unversehrten.

Führt der gelähmte Nerv keine wichtigen sensiblen Bahnen, so kann der ganze bahnsuchende Nerv verwendet und sein peripherer Stumpf event. seitlich an den bahngebenden Nervenstamm angelagert werden (periphere Einpflanzung).

Die zentrale Einpflanzung ist zu empfehlen, wenn in der Nähe des wichtigen gelähmten Nerven ein minderwertiger, unversehrter, vorwiegend motorischer Nerv liegt, durch dessen Funktionsausfall man beim Mißlingen keinen zu großen Schaden verursacht (z. B. die Neurotisation des N. facialis durch den Accessorius oder des N. cruralis durch den Obturatorius). Die periphere Einpflanzung kommt in Frage, wenn nur gleichwichtige größere Nerven in der Nähe liegen und zur Bahnung herangezogen werden können (z. B. beim N. med., ulnar., rad. und beim N. tib. und peron.).

Die Fixierung hat durch eine Längsnaht zu erfolgen, da quere Nähte bei der außerordentlichen Empfindlichkeit der Nervensubstanz gegen Druck Leitungsunfähigkeit und typische Degeneration nach sich ziehen würden.

S. empfiehlt dann noch einige besonders für diesen Zweck angefertigte Instrumente, die sich ihm bei den angestellten Versuchen durch Zweckmäßigkeit und schonendes Arbeiten gut bewährt haben.

Hübener (Dresden).

---

6) **L. Görl.** Ein neues Feld für die Radiotherapie? (Strumenbehandlung.)
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 20.)

Die Mitteilung G.'s will zu Versuchen mit der (beim Morbus Basedowii auch von anderen angewandten — Ref.) Röntgentherapie bei Kropf anregen. Verf. selbst hat in mehreren Fällen solcher nach Bestrahlungen des Halses von je 5—10 Minuten Dauer in mehreren Sitzungen nach auffallend kurzer Zeit eine erhebliche Rückbildung des Kropfes eintreten sehen, die wahrscheinlich durch eine Schädigung

der Parenchymzellen durch die Röntgenstrahlen bedingt wird; Störungen des Allgemeinbefindens wurden nicht beobachtet. Bezüglich event. Entstehung von Rezidiven wird von G. nichts gesagt. Er empfiehlt im allgemeinen, mittelweiche bis weiche Lampen zu nehmen, möglichst nahe an das zu bestrahlende Objekt heranzugehen (10 cm Entfernung), und die Zeitdauer der Bestrahlung von der Hautreaktion abhängig zu machen.

Kramer (Glogau).

---

7) **T. Brugsch.** Zur Klinik der Banti'schen Krankheit.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 23.)

B. hebt unter Beibringung von Krankengeschichten die Schwierigkeit der Diagnose: Banti'sche Krankheit — Splenomegalie mit Lebercirrhose — und damit der Indikationsstellung für die Milzexstirpation hervor. Zu fordern ist der Nachweis des toxischen Eiweißzerfalles infolge der primär toxischen Rolle der Milz. Für die Behandlung kommen in Frage: 1) bei jüngeren Leuten, sofern durchs Abwarten nichts versäumt wird, Arsen, Chinin u. dgl., 2) die Milzexstirpation, die keine Ausfallserscheinungen zeitigt, 3) die Behandlung der Milzschwellung mit Röntgenstrahlen.

G. Schmidt (Berlin).

---

8) **G. Naumann.** Über die moderne Pankreaschirurgie.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 14. [Deutsch.])

Die Arbeit ist als Einleitung zur Diskussion auf dem 6. Kongreß der nordischen chirurgischen Gesellschaft geschrieben und gibt in konzentrierter Form die anatomischen, pathologischen und klinischen Daten wieder, welche in der Pankreaschirurgie der letzten Jahre in der Literatur niedergelegt sind. — Nach einigen einleitenden topographisch-anatomischen Orientierungen bespricht Verf. zuerst die gewöhnlichsten Krankheiten der Bauchspeicheldrüse vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus (Apoplexien, Nekrose, eitrige und chronische interstitielle Entzündungen, Cysten, Lithiasis, Lipomatose und Geschwülste). Danach zeichnet er in raschen Zügen das klinische Bild der betreffenden Affektionen, wobei therapeutische Ratschläge, auf eigener und anderer Erfahrung basiert, erteilt werden.

So werden besprochen: die akuten Pankreasblutungen, die wahre Pankreasapoplexie, die eitrigen und die chronisch interstitiellen Entzündungen, die Cysten, die Geschwülste, die traumatischen Verletzungen u. a. m. Differentialdiagnostische Merkmale werden bei jeder Krankheit hervorgehoben und wertvolle Winke betreffs der Therapie gegeben. Zuletzt referiert Verf. ausführlich die von den Engländern Mayo Robson und Cammidge zuerst entdeckte und vielfältig geprüfte sogen. pankreatische Reaktion des Harns, welche viel für die Diagnostizierung der Pankreaskrankheiten zu versprechen scheint. Die im Lancet 1904 März 19 veröffentlichte Beschreibung der Ausführung der Reaktion wird vom Verf. ausführlich anhangsweise wiedergegeben.

Nach Cammidge's Resultaten zu urteilen, scheint diese Reaktion ebenso konstant zu sein, wie die Reaktion auf Eiweiß bei Nephritiden.

Hansson (Cimbrishamn).

---

9) **W. Richter.** Jodipin in der Behandlung der Prostatitis.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 9.)

Es werden zweimal täglich mit der sogen. Glyzerinklystierspritze Injektionen von je einer halben Spritze des mit Olivenöl zu gleichen Teilen verdünnten 10%igen Jodipins gemacht (weiterhin ganze Spritzen des unverdünnten Jodipins); die Resultate waren speziell bei der akuten gonorrhoischen parenchymatösen Prostatitis (die auch spontan bei vernünftigem Verhalten meist gut zurückgeht, Ref.) sehr günstig.

Jadassohn (Bern).

---

10) **Nizzoli.** Di un nuovo segno per la diagnosi delle malattie renali.

(Nuovo racc. med. 1905. Fasc. 1 u. 2. Ref. nach Morgagni 1905. Nr. 23.)

Schmerzhaftigkeit in der Nierengegend bei kurzen Schlägen mit der Ulnarkante der Faust dahin ist bereits von Goldflam als Anzeichen einer Nierenaffektion (Pyelitis, Abszesse, Tuberkulose, Geschwülste) bezeichnet worden. Verf. fand das Zeichen ganz konstant bei den genannten Erkrankungen, sowie auch bei Verlagerung der Niere und bei akuter wie chronischer Nephritis. Er lokalisiert den Schmerz am äußeren Rande des M. sacrolumbalis und führt ihn auf den großen und kleinen Ast des Bauchgenitalnerven zurück, die aus dem ersten Lendennerven sich abzweigen, über den M. psoas nach innen und unten ziehen und vor dem M. quadratus lumborum hinter die Niere gelangen, um die Sacrolumbalmuskeln zu innervieren. Aus dem Schmerze ließ sich sogar die einseitige Erkrankung einer Niere erkennen.

Dreyer (Köln).

---

11) **P. F. Richter.** Bemerkungen zur funktionellen Nierendiagnostik.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 20.)

R. hält gegenüber mancherlei in neuerer Zeit gemachten Einwendungen daran fest, daß die Gefrierpunktsbestimmung — unter Umständen unter Ergänzung durch die Messung der elektrischen Leitungsfähigkeit — des mittels Harnleiterkatheterismus gesondert aufgefangenen Urins jeder Niere und die Prüfung der Zuckerausscheidung nach Phloridzineinspritzung den Chirurgen über die augenblickliche Leistung jeder Niere sicher unterrichten. Allerdings ist das Verfahren zeitraubender und umständlicher geworden, da sich gewisse Vorsichtsmaßregeln als notwendig erwiesen haben. Um nicht durch die auch bei gesunden Nieren vorkommenden Differenzen in der Sekretionsarbeit oder durch die reflektorische Polyurie Täuschungen ausgesetzt zu sein, soll man die Harnleiterkatheter 2 Stunden oder länger liegen lassen.

Gefrierpunkt und Zuckerauscheidung nach Phloridzin sind zeitlich getrennt zu untersuchen. Die Phloridzinprobe ist unschädlich. Eine genaue Prüfung der Nahrungszufuhr ist unnötig. Um aber zu Vergleichswerten zu kommen, empfiehlt sich die Untersuchung entweder im nüchternen Zustand oder etwa 2—3 Stunden nach einer einfachen, möglichst wenig Eiweiß und vor allem wenig Salze enthaltenden Mahlzeit bei Vermeidung erheblicher Kohlehydrat- und Flüssigkeitszufuhr.

G. Schmidt (Berlin).

---

12) **Kapsammer.** Die Wandlungen in der funktionellen Nierendiagnostik.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

K. weist zunächst an der Hand des Luys'schen Werkes über die Harnscheidung die Minderwertigkeit dieser Untersuchungsmethode nach, durch welche Harn, der bereits mit der Harnblasenwand in Berührung gekommen ist, also alle möglichen pathologischen Beimischungen derselben erhalten haben kann, aus der Blase aufgefangen und zur Feststellung der Diagnose verwendet wird. Luys selbst hat mit dieser Methode nicht nur wiederholt falsche Diagnosen gestellt und daraufhin zwecklos operiert, sondern auch in einem Falle dem Pat. Schaden zugefügt. K. hält es deshalb für richtiger, den einzeitigen beiderseitigen Harnleiterkatheterismus gründlich zu erlernen, als die Zeit mit Erlernung der Luys'schen Methode zu vergeuden. — Indem K. dann weiter erwähnt, daß durch das Sondieren des Harnleiters eine reflektorische Polyurie eintreten kann, schließt er sich auf Grund eigener Erfahrungen denjenigen immer zahlreicher werdenden Autoren an, welche der Kryoskopie einen Wert für die funktionelle Nierendiagnostik des Chirurgen absprechen, und spricht sich zugunsten der Indigokarminprobe im Verein mit dem Harnleiterkatheterismus und für die Phloridzinprobe unter Berücksichtigung des Zeitpunktes des Auftretens von Zucker nach der subkutanen Phloridzininjektion aus.

Kramer (Glogau).

---

13) **Keydel.** Beiträge zur funktionellen Nierendiagnostik.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 5.)

Aus einer Anzahl von über 50 vom Verf. behandelten Fällen werden 35 Funktionsprüfungen der Nieren ausführlich berichtet, bei denen eine Autopsie am Lebenden oder nach dem Tod oder eine nachherige 1—2jährige klinische Beobachtung die gestellte Diagnose kontrollierten. Die angewandten Untersuchungsmethoden sind in erster Linie die intravesicale Trennung des Urins beider Nieren mittels des Luys'schen Harnscheiders, ferner der Harnleiterkatheterismus, sodann Gefrierpunktsbestimmung, Harnstoffbestimmung, Phloridzinreaktion, chemische und mikroskopische Untersuchung des Nierensekretes.

Interessant ist die Bemerkung des Verf. über den Luys'schen Harnscheider. Er schreibt: »Von diagnostischer Bedeutung schien die Art und Weise des Urinabflusses zu sein: Waren die gewonnenen



Quantitäten der rechten und linken Seite gleich groß, geschah das intermittierende und alternierende Abträufeln mit einer bestimmten Regelmäßigkeit und in annähernd gleichen Tropfenmengen — die Pausen mochten dabei lang oder kurz sein —, so lag selten eine ernste Erkrankung der Nieren vor. Bestanden dagegen größere Differenzen in quantitativer Hinsicht zwischen der rechten und linken Seite, war dabei der Abfluß ganz unregelmäßig, indem längere und kürzere Pausen abwechselten, waren auch die Tropfenmengen je einer Seite ganz verschieden, kurz geschah der Abfluß in einem unregelmäßigen Rhythmus, mochten nun eine oder beide Seiten betroffen sein, so war eine tiefere Schädigung der einen oder beider Nieren zu befürchten.

Weiterhin wurde öfter eine vorübergehende, durch das Einlegen und Liegenlassen des Harnscheiders verursachte Oligurie beobachtet, die nicht mit jenen dauernden, lediglich durch schwere Erkrankung einer Niere reflektorisch ausgelösten Oligurien zu verwechseln ist.«

Sein Urteil über die Zuverlässigkeit der verschiedenen Untersuchungsmethoden präzisiert K. dahin, daß er unter billiger Berücksichtigung der zahlreich möglichen Fehlerquellen entschieden zu wiederholten Untersuchungen bezw. zu verschiedenen Untersuchungsmethoden rät, ehe man sich zur Ausführung oder Unterlassung einer Operation entschließt. Näher auf die Einzelheiten einzugehen verbietet der Rahmen des Referates, doch ist die Lektüre der sehr interessanten Ausführungen im Originale warm zu empfehlen. **Grunert** (Dresden).

---

14) **Rumpel.** Über den Wert der Kryoskopie für die Nierenchirurgie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

Die vorliegende Arbeit polemisiert gegen Rovsing's Anschauungen und Äußerungen über die absolute Unzulänglichkeit der Kryoskopie bei der Beurteilung der Nierenfunktionstüchtigkeit. Verf. weist vor allem darauf hin, daß auch Kümmell bei erhöhtem Blutgefrierpunkt sehr oft, und zwar nicht selten mit Erfolg, operiert habe. Besonders hatte R. festgestellt, daß bei Geschwülsten und bei Herzinsuffizienz die Methode nicht ohne weiteres Gültigkeit hat. Übrigens schließe eine vorübergehende Insuffizienz nicht die Wiederkehr zur genügenden Funktion aus, ebensowenig wie man aus einer wieder eingetretenen Funktionstüchtigkeit der Niere eine vorher vorhandene Insuffizienz in Abrede stellen dürfe. Nicht immer müsse es auch ein ernstes Leiden sein, das den Blutgefrierpunkt erhöhe; eine heilbare doppelseitige Pyelitis könne ebenfalls vorübergehend Insuffizienzerscheinungen veranlassen, deren Vorhandensein einen operativen Eingriff auf das schwerste komplizieren könne. Aus diesem Grunde hätte R. immer mit dem Eingriffe gewartet, bis die geschädigte Funktion sich gehoben habe, falls nicht eine dringende vitale Indikation für den Eingriff vorlag. Dieses hätte dann in der Bloßlegung und Spaltung der Niere und erst später in der Nephrektomie bestanden.

Auch bezüglich der Harnkryoskopie bleibt Verf. auf seinem früheren Standpunkt stehen, daß die Gefrierpunktsbestimmung im Verein mit den Harnleiterkatheterismus eine sehr wertvolle Methode sei, und daß sie einen richtigen Hinweis für die Therapie gebe. R. hoffe, daß auch Rovsing noch die Überzeugung von dem Werte der Kryoskopie gewinnen möge, die auch nach Ansicht des Verf. nur ein neuer Faktor sei, der mit aufklärend zu den Momenten der allgemeinen klinischen Erkenntnis hinzugekommen wäre. Es sei ausgeschlossen, daß er und Kümmell allein auf Grund der funktionellen Untersuchungsmethode ihr chirurgisches Denken und Handeln stellen wollten. Das gehe aber schon aus einem genauen Studium ihrer früheren Arbeiten hervor.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

15) **A. Hermann.** Zur operativen Behandlung des Kryptorchismus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 6.)

Gersuny hat in vier Fällen von beiderseitigen Leistenhoden eine neue Art der Fixation des reponierten Hodens versucht, deren Erfolge bisher recht zufriedenstellende waren. Nach vollständiger Befreiung des Samenstranges aus seinen Verbindungen wird eine Seidennaht an dem Gewebszipfel, der dem unteren Pole des Hodens aufsitzt und wohl dem Reste des Gubernaculum Hunteri entsprechen dürfte, angelegt. Die Enden dieser Naht werden mit Hilfe einer Kornzange oder gestielten Nadel am tiefsten Punkte des Septum scroti durchgeführt und mit den Enden einer analogen an dem gegenüberliegenden Hoden befestigten Naht verknüpft oder selbst zu dieser Naht verwendet. Dann folgt die Verengerung der Eingangsöffnung in die Tunica dartos, Vereinigung der Oponeurose des M. obliquus externus, wobei die Hüllen des Samenstranges an mehreren Stellen mit in die Naht gefaßt werden, und Hautnaht.

Bei einseitiger Mißbildung begnügte sich Gersuny bisher mit der Befestigung des gedehnten Samenstranges an mehreren Stellen der Aponeurose und dem Periost des horizontalen Schambeinastes, doch wäre es besser, die oben angegebene, durch das Septum scroti geführte Naht auf der anderen Seite entweder an der Tunica vaginalis testis oder der lateralen Seite der Skrotalhaut zu befestigen.

Der Vorteil der beschriebenen Methode ist der, daß dabei eine feste Brücke zwischen beiden Hoden geschaffen wird, welche durch das Septum scroti und die Crura penis so gestützt wird, daß ein Zurückschlüpfen der Hoden unmöglich wird.

Hübener (Dresden).

---

16) **G. Doyle.** Surgical treatment of hydrocele of tunica vaginalis.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 28.)

Längsschnitt vorn über die Geschwulsthöhe, Loslösung der Tunica vaginalis bis $^2/_3$ ihres Umfanges vom benachbarten Gewebe, Eröffnung

der Hydrokele, Umkrempelung der Tunica vaginalis, wie ein Rockärmel, bis zu der noch bestehenden Verbindung zwischen Tunica und Haut bezw. Tunica dartos, Fixierung der umgekrempelten Tunica mit fortlaufenden Katgutnähten, Spülung des Hohlraumes mit Desinficientien, Hautnaht mit Seide, Drainrohr. Entlassung am 8.—12. Tage. Verf.'s Assistent ging so vor, daß er den Hydrokelensack vollkommen aus seiner Bedeckung löste, die Tunica vaginalis einschnitt, umkrempelte und die Schnittränder hinter dem Testikel vereinigte. Nach diesen beiden Methoden wurden 111 Fälle operiert, ohne daß ein Rezidiv bekannt geworden wäre. **W. Weber** (Dresden).

17) **A. Müller.** Zur Kenntnis der Hodenembryome.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIV. Hft. 3.)

Verf. beschreibt die Krankengeschichte eines 2jährigen Knaben, dem eine Geschwulst des Hodens exstirpiert wurde. Es handelte sich um ein typisches sog. Dermoid oder besser Embryom des Hodens, d. h. eine Plattenepithelcyste, in der sich eine Zotte in Form eines mit Haut und Haaren bedeckten Vorsprunges erhebt. In dieser Zotte stellen dann die verschiedenen Hohlräume und anderen Einlagerungen die Repräsentanten der drei Keimblätter dar, welche wie Haare, Knochengewebe, Atherombrei usw. die Neubildung zur Mischgeschwulst stempeln. Die mikroskopische Untersuchung weist im ganzen Umfange der Geschwulstkapsel Reste von Hodengewebe nach und bestätigt dadurch den Satz, daß diese Geschwülste stets intratestikulär gelegen sind.

Die Embryome des Hodens entstehen meist im Kindesalter und degenerieren im Gegensatze zu den entsprechenden Eierstocksgeschwülsten nie bösartig. Sie stellen die früher als Dermoide bezeichneten Geschwülste dar. Die embryoiden Hodengeschwülste, welche die Teratome, Cystoide und Mischgeschwülste umfassen, sind sehr viel häufiger als die Embryome, treten meist im mannbaren Alter auf, wachsen oft nach Traumen sehr rasch und degenerieren nicht selten zu Sarkomen mit Metastasen. Die Trennung in Embryome und embryoide Geschwülste hat zwar etwas Gewaltsames, ist aber aus praktischen Gründen ganz zweckmäßig.

Zum Schluß gibt Verf. einen kurzen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Frage über die Entstehung der Embryome an der Hand der Arbeiten und Ansichten von Marchand, Bonnet, Schlagenhaufer und Ribbert, welch letzterer diese Geschwülste auf die ersten Zellen der Keimdrüsen, und zwar auf die ersten Zellen der Keimdrüsenanlage zurückführt. Für die Teratome des vorderen und hinteren Körperendes und die voll entwickelten fötalen Inklusionen beansprucht Ribbert gemäß deren weitgehender Differenzierung als Ursprung auch ein höher potenziertes, älteres Keimmaterial, die Blastomeren und Polkörperchen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

18) **H. Tillmanns.** Die Verletzungen und chirurgischen Krankheiten des Beckens.

(Deutsche Chirurgie. Lfg. 62a. Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1905.)

Ein mit erstaunlicher Gründlichkeit gearbeitetes Werk liegt vor uns! Das Literaturverzeichnis, in dem von den älteren Arbeiten nur die wichtigsten berücksichtigt sind, umfaßt allein 122, der Text mit seinen 277 teils farbigen, guten Abbildungen 838 Seiten. Auf den ersten 45 wird die chirurgische Anatomie des Beckens behandelt; dann folgen die Kapitel über die Verletzungen, und zwar über die Knochenbrüche und Verrenkungen, über Verletzungen der Beckenweichteile, über Schußwunden, über Verletzungen und Krankheiten der Blutgefäße (einschließlich Unterbindung und Kompression derselben), und Nerven des Beckens, im weiteren die über akute und chronische Entzündungen der Beckenweichteile (einschließlich der Schleimbeutel und Beckenhöhlenabszesse), der Beckenknochen und Beckengelenke, über Osteomalakie, Echinokokkus, Deformitäten des Beckens, Spina bifida lumbo-sacralis et sacralis, über »Schwanzbildung« beim Menschen, über Doppelmißbildungen im Bereiche des Beckens, über die angeborenen Geschwülste der Kreuzsteißbeingegend, über Dermoidcysten und -fisteln, über sonstige Geschwülste der Beckenknochen und der sie bedeckenden Weichteile und schließlich als 20. Kapitel die Darstellung der Operationen und Verbände am Becken. Schon diese kurze Inhaltsgabe läßt erkennen, welche Ausdehnung T. seiner Bearbeitung der Verletzungen und chirurgischen Krankheiten des Beckens gegeben hat. Bei näherem Studium findet man aber auch, daß die einzelnen Kapitel ihren Gegenstand mit einer bewundernswerten Sorgfalt behandeln, durch Wiedergabe der Kasuistik von außerordentlicher Reichhaltigkeit sind und durch vollständige Berücksichtigung der Literatur bis in die neueste Zeit ein bis in die feinsten Einzelheiten genaues Bild jeder Affektion gewähren. Die deutsche Chirurgie darf stolz sein auf dieses schöne, von deutscher Gelehrsamkeit und Gründlichkeit zeugende Werk.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Halle a. S. Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. v. Bramann.)

Ein Ligaturring (nach v. Bramann).

Von

Dr. **Alexander Stieda,** Assistenzarzt der Klinik.

Eine möglichst ideale Asepsis wird stets das Ziel jedes Chirurgen sein. Man war deshalb von jeher bemüht, alle Fehlerquellen auszuschließen, die es hätten hindern können, die Wundbehandlung zu einer keimfreien zu gestalten, oder die eine Störung in dem Wundverlaufe hätten herbeiführen können.

Die Sterilisation der Instrumente und Verbandstoffe auf thermischem Wege durch Auskochen bezw. durch den strömenden Dampf gestattet uns, hierbei der Asepsis sicher zu sein. Anders steht es bei denjenigen Fehlerquellen, »deren ab-

solute Eliminierung außerordentliche Schwierigkeiten bereitet: der Luft, der Haut des Operationsfeldes und endlich der Haut unserer Hände« (v. Mikulicz). Die Furcht vor einer möglichen Infektion auf diesem Wege führte bei einem Teile der Chirurgen zum Gebrauche von Handschuhen, von Mützen, von Bart und Haar schützenden Gesichtsmasken, sterilen Ärmeln u. dgl. m. So wurde auch die Forderung, zu operieren — wenn möglich — ohne jedes Berühren der Wunde mit den Fingern ausgesprochen (König).

Eine Fehlerquelle aber blieb stets: das war der bei Operationen in der Wunde verbleibende Fremdkörper — die Seide, die zu Unterbindungen verwendet wurde. Trotz aller Vorsicht ereignete es sich wohl jedem Operateur einmal schon, daß gelegentlich — vielleicht auch erst nach Ablauf von mehreren Wochen —, wenn der Operierte längst zu Hause war, die Operationsnarbe, die anscheinend reaktionslos und glatt verheilt war, an zirkumskripter Stelle sich rötete und unter mehr oder weniger starker Eiterung sich eine versenkte Seidennaht oder ein Unterbindungsseidenfaden ausstieß. Erwuchs auch durch ein derartiges Ereignis erfreulicherweise dem betreffenden Pat. selten ein größerer Schaden, so verzögerte es doch immer nicht unerheblich die dann oft recht langwierige Behandlungsdauer des Leidens.

Wenn oftmals das serös-eitrige Sekret in der Umgebung der Fäden mikroskopisch und dann in den meisten Fällen auch kulturell keimfrei sich erwies, so zeigten dagegen Schnitte durch den Fadenknoten der Seide selbst, »daß zwischen den einzelnen Seidenfasern zahllose Keime eingelagert waren« (Haegler). Deshalb nahm man für die nicht resorbierbaren, in der Wunde verbleibenden Ligaturen zur Herrichtung Antiseptika in Anspruch und benutzte das Naht- und Unterbindungsmaterial in einem mit desinfizierenden Lösungen getränkten Zustande (Brunner, Haegler). Dem gleichen Gedanken gab Lanz mit dem Satz Ausdruck: »Man sollte ein Antiseptikum spinnen können«.

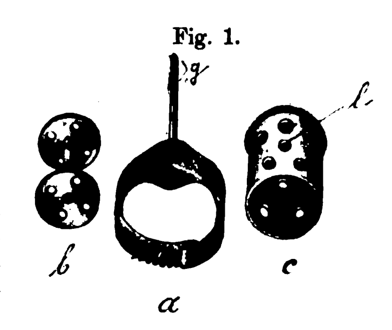
An der chirurgischen Klinik in Halle kommt auch nur eine antiseptisch vorbehandelte Seide zur Verwendung, und zwar, unterschiedlich von der vielfach empfohlenen Sublimatseide, eine Karbolseide. Die Vorbereitung der Seide geschieht wie folgt: Die Seide liegt zuerst 24 Stunden in Äther, wird $1/2$ Stunde in einer 3%igen Karbollösung gekocht, dann auf die Spulen aufgerollt und von neuem ebenso lange wie vorher in der Karbollösung gekocht, in der sie dann auch bis zum Gebrauche liegen bleibt.

Um nun dafür zu sorgen, daß die derart vorbereitete Seide mit keinen anderen als den Händen des Operateurs in Berührung kommt und beim Gebrauche möglichst direkt in die Wunde gebracht werden kann, hat schon 1895 Lanz »Ligaturkugeln« aus Glas angegeben, welche die Seide beherbergen und von dem Operateur in der Hand gehalten werden. Der Gebrauch dieser Ligaturkugeln hat sich anscheinend nicht eingebürgert.

Geh.-Rat v. Bramann hat nun vor einiger Zeit einen Unterbindungsfadenträger — einen »Ligaturring« — konstruieren lassen, der, seit mehren Monaten bei fast allen Operationen im Gebrauche, sich aufs beste bewährt hat.

Der Ligaturring besteht aus drei Teilen (vgl. Fig. 1). Ein verstellbarer Ring *a* (mit einer sog. Cremaillère) trägt einen fest aufsitzenden kurzen Stab, dessen oberstes Ende ein Gewinde (*g*) besitzt. Über diesen Stab wird eine mit hohler Achse versehene Spule (*b*) geschoben. Diese ist auf dem Stabe leicht beweglich und hat eine Reihe von Löchern in der Achse sowie in den Platten, so daß beim Kochen die Flüssigkeit gut die auf der Spule befindliche Seide durchdringen kann. Darüber wird dann ein kurzer, oben gedeckter, ebenfalls seitlich durchlochter Zylinder (*c*) gestülpt und durch Drehen um das Gewinde des Stabes an diesem befestigt.

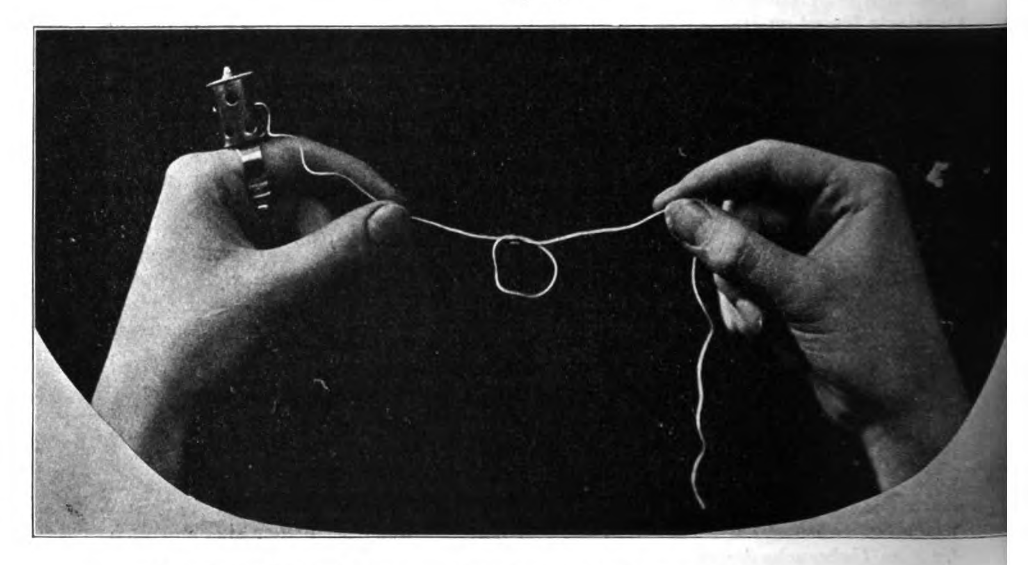
Fig. 1.



Die Beschickung geschieht nun derart, daß die in der Karbollösung ausgekochte Seide auf die kleine Spule, und zwar in nur etwa 5—6 m Länge, aufgewickelt und das Ende des Fadens aus dem dafür bestimmten besonderen Loche (*l*) des Zylinders herausgeleitet wird.

Bei der Benutzung streift man den Ligaturring über den Zeigefinger oder auch einen anderen — 3. oder 4. Finger — der linken Hand. Das Loch des Zylinders, aus dem der Seidenfaden zum Vorscheine kommt, ist zweckmäßigerweise gegen die Fingerspitze hin gerichtet. Fig. 2 zeigt deutlich die Handhabung.

Fig. 2.



Auf diese Weise ist der Operateur imstande, den gut vorbehandelten Seidenfaden direkt in die Wunde zu legen und alle Schädlichkeiten, die denselben »unterwegs« noch treffen könnten, auszuschalten. Die Seide wird nicht mehr, wie sonst der einzelne Faden, durch die Finger des Instrumentarius oder der zureichenden Schwester gezogen. Es wird ferner jede Möglichkeit eines unnötigen Berührens »beim Zureichen« ausgeschlossen, und abgesehen von der Ersparnis an Seide findet bei einiger Übung eine recht erhebliche Zeitersparnis statt. In gleicher Weise kann natürlich auch statt der Seide Catgut Verwendung finden.

Dieser Ligaturring v. Bramann's ist jetzt bei fast allen Operationen im Gebrauch, und besonders bei großen Wundflächen mit zahlreichen Unterbindungen, wie z. B. bei Mammaamputationen, dann bei Strumen usw., ist er uns unentbehrlich geworden [1].

19) Aus dem Bericht über die XIV. Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft in Homburg v. d. Höhe am 9. und 10. Juni.

Herr Schönemann (Bern): Bestehen Beziehungen zwischen der Schläfenbeinform und der Konfiguration der Paukenhöhle? (Mit Demonstrationen.)

Als die zwei Grundformen der Schläfenbeine unterscheidet S. den flachdachigen und den spitzdachigen Felsenbeinpyramidentypus.

---

[1] Die Herstellung geschieht aus Neusilber (mit Vernickelung) durch die Firma Friedr. Baumgartel in Halle a. S. Der Preis beträgt 5 *M*.

Auf die absolute Lage der Trommelfellebene im Schädel (Messungen mit dem Goniometer!) hat die Spitzdachigkeit oder Flachdachigkeit keinen sichtlichen Einfluß, dagegen ist die Form der Trommelhöhle bei spitzdachigen Pyramiden, wie an 72 Knochenpräparaten gezeigt wird, anders als bei flachdachigen. Bei spitzdachigen Pyramiden nähert sich der Sinus der hinteren Gehörgangswand viel mehr als bei flachdachigen Pyramiden.

Herr Albrecht (Heidelberg): Die Prognose der Frühfälle von akuter Mittelohrentzündung.

Nur die innerhalb der ersten drei Erkrankungstage in Behandlung kommenden Otitiden können ein richtiges Bild vom Ablaufe der akuten Mittelohrentzündung geben, weil sie leichte und schwere Fälle im wahren Prozentverhältnis wiedergeben. Genuine Erkrankungen sind von sekundären, d. h. im Anschluß an Infektionskrankheiten oder Konstitutionsanomalien entstehenden Affektionen, bei der Statistik streng zu trennen, weil sie sowohl in bezug auf die Restitutio ad integrum, als auch auf die Funktion sehr differieren.

Ein Vergleich der spontan perforierten und der paracentesierten Fälle ergab das überraschende Resultat, daß letztere den ungünstigeren Verlauf nahmen; A. will jedoch aus diesem Ergebnis keine allgemein bindenden Schlüsse gezogen, noch die Indikationsstellung für die Parazentese geändert wissen.

Herr Scheibe (München): Bei der Frage der Therapie der akuten Mittelohrentzündung harrt die Frage nach dem Werte der Parazentese, der Ausspritzungen, der Borsäureinsufflation, der warmen Umschläge, der Eisapplikation noch ihrer definitiven Lösung.

Die Vorwürfe, welche gegen die Bezold'sche Behandlungsmethode — Luftdusche, Ausspritzung, Borsäureinsufflation nach erfolgter Austrocknung — fortgesetzt erhoben werden, sind nicht berechtigt.

Herr A. Pollitzer (Wien): Labyrinthbefunde bei chronischen Mittelohreiterungen.

P. bespricht unter Vorführung von großen Zeichnungen und Lupenpräparaten 11 Fälle von seinen bisher untersuchten 21 Fällen, welche die verschiedenartigen Veränderungen an den Labyrinthfenstern, im Vorhofe, den Bogengängen und der Schnecke zeigen. Bei fast der Hälfte der untersuchten Fälle war Meningitis die Todesursache. P. fand öfter bei Durchbruch der Eiterung von der Schnecke in den Gehörgang den peripheren Teil der Hörnerven eitrig infiltriert und mehrere Male diesen Teil von dem zentralen Teile des Acusticus durch eine Demarkationslinie markiert. Nach kurzen Bemerkungen über Diagnose und Prognose der Labyrintheiterungen bespricht P. die bisherigen Operationsmethoden und geht näher auf eine von seinem Assistenten K. Neumann vorgeschlagene Methode ein, bei welcher man nach sorgfältiger Abmeißelung des hinteren inneren Teiles des horizontalen Bogenganges mit Schonung des Facialis bis zum äußeren Gehörgange vordringt und das in den inneren Gehörgang eindringende, den Acusticus und Facialis einschließende Segment der Dura freilegt, wodurch im Fall einer eitrigen Affektion des peripheren Teiles der Hörnerven dieser freigelegt wird. Von den in der Klinik P.'s operierten Fällen wurde bisher in sechs Fällen Heilung erzielt.

Herr Manasse (Straßburg): Über chronische, progressive labyrinthäre Taubheit.

M. hat 29 Felsenbeine mit chronischer progressiver Taubheit mikroskopisch untersucht. Davon zeigten typische Spongiosierung mit Stapesankylose nur 3, Stapesfixierung durch Kalk bezw. Bindegewebsneubildung am Stapes 2. Die übrigen 24 wiesen ausschließlich Veränderungen am schallempfindenden Apparat auf, also Labyrinth und N. acusticus, die hauptsächlich an vier Stellen beobachtet wurden: 1) am Ductus cochlearis; 2) am Ganglion cochleare; 3) an den feinen Nervenkanälchen der Schnecke; 4) am Stamme des N. acusticus.

Die Veränderungen bestanden in Atrophie bezw. Degeneration der präformierten nervösen Elemente, also des Corti'schen Organes, des Ganglion cochleare, der feinen Nervenverzweigungen des Stammes des Acusticus, sowie in Neubildung von Bindegewebe.

Herr A. Blau (Görlitz): Über den experimentellen Verschluß des runden Fensters.

Es wurde bei 25 Katzen bezw. Hunden das runde Fenster fest verschlossen und die Tiere 14 Tage bis 5 Monate am Leben erhalten.

Die doppelseitig operierten Tiere verhielten sich reaktionslos dem Schalle gegenüber, die einseitig operierten normal, bezw. bei Annäherung an die operierte Seite ab und zu träger.

Es traten Gangstörungen auf, Schwanken, Schiefgehen usw., die nach mehr oder weniger langer Zeit schwanden.

Herr Heine (Berlin): Über die Behandlung der akuten eitrigen Mittelohrentzündung mittels Stauungshyperämie nach Bier.

Vortr. hat in der Lucae'schen Klinik mit diesem Verfahren 19 Fälle, bezw., da 4 doppelseitig waren, 23 Mittelohrentzündungen behandelt, die sich auf folgende Gruppen verteilten: Otitis media ohne Perforation 2, Otitis media perforativa ohne Mastoiditis 3 bezw. 4, Otitis media mit Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes ohne Schwellung 6, mit Infiltration der Weichteile 5, mit subperiostalem Abszeß 3. 9 Fälle sind gänzlich geheilt worden, bei 2 ist die Mastoiditis — wenigstens äußerlich — zurückgegangen und 8 sind operiert worden. Bei den übrigen 4 Ohren plus den 2 obenerwähnten wird die Stauung noch fortgesetzt. Unter den Geheilten befinden sich 2 Fälle von Abszeß, bei denen der Eiter nur durch eine kleine Inzision abgelassen wurde (der 3. wird voraussichtlich auch auf diese Weise zur Heilung kommen). In einem Falle von Bezold'scher Mastoiditis, bei dem durchaus die Operation indiziert schien, ist die Schwellung vollkommen zurückgegangen, so daß von einer Warzenfortsatzerkrankung jetzt nichts mehr wahrzunehmen ist. Es besteht nur noch eine geringe schleimig-eitrige Sekretion.

H. glaubt nach seinen bisherigen Erfahrungen, daß es sich empfiehlt, die Bier'sche Stauung in erster Linie bei Fällen von Mastoiditis mit Abszeß oder Infiltration der Weichteile weiter versuchsweise anzuwenden.

Unbedenklich ist aber auch bei Mittelohreiterungen das Verfahren nicht.

Herr Henrici (Rostock) spricht über die Warzenfortsatztuberkulose m Kindesalter.

Er weist darauf hin, daß die Tuberkulose des Warzenfortsatzes im Kindesalter unerwartet häufig vorkommt, und daß die Tuberkulose auf dem Wege der Blutbahn und nicht durch die Ausbreitung einer Paukenhöhlentuberkulose in den Warzenfortsatz gelangt.

Herr R. Hoffmann (Dresden): Fall von doppelseitiger akuter genuiner Otitis.

Aus dem Eiter des Warzenfortsatzes Diplokokkus lanceolatus. Bei der Sektion: eitrige Meningitis, große Hirnhaut- und Hirnblutung. Kleine Thromben im Längs- und in den Querblutleitern. Sinus sigmoideus und Bulbus venae jugularis frei von Thrombose. Lungenabszeß, eitrige fibrinöse Entzündung der äußeren Herzbeutelfläche und des linken Brustfelles. Im Eiter der Perikarditis ebenfalls Diplokokkus. Vortr. deutet den Fall als Pyämie durch Bakteriämie. Lungenabszeß ist möglicherweise von den Thromben aus entstanden, die nicht mit der Otitis zusammenhängen, sondern Kompressionsthromben sind infolge der starken Hirn- und Hirnhautblutung.

Herr R. Pause (Dresden): Die klinische Untersuchung des Gleichgewichtssinnes.

P. betont, daß bei Labyrinthleiden darauf zu achten ist, daß stets eine bestimmte Lage oder Bewegungsrichtung vorgetäuscht wird. Z. B. wird bei Reiz der lateralen Ampulle die subkortikale Vorstellung erweckt, als drehe sich das Gesichtsfeld nach der kranken Seite. Die Augen folgen dieser Bewegung langsam und kehren mit schnellem Ruck in die Anfangsstellung zurück, die Empfindung ist eine Bewegung des Körpers nach der Gegenseite; bei genügender Stärke des Reizes wird der Körper nach rechts geworfen. Die verbessernden Bewegungen gehen nach der gesunden Seite. Entsprechend sind die Folgen des Reizes der

anderen Nervenstellen. Es ist deshalb bei der Schilderung der Gleichgewichtsstörungen anzugeben, wohin die schnellen Schläge des Nystagmus gerichtet sind, wohin der Körper bewegt oder als bewegt empfunden wird. Ausdrücke, wie »Schwindel-Nystagmus« genügen nicht als Bezeichnung genauer Diagnose.

Herr Eschweiler (Bonn): Demonstration zur pathologischen Histologie des Stirnhöhlenempyems.

Vortr. berichtet an der Hand der mikroskopischen Präparate und danach angefertigten Tafeln über die Untersuchung von chronischem Empyem der Stirnhöhle. Es wurde die Schleimhaut der Vorderwand, in einem Fall auch diejenige der Hinterwand, und der Knochen der frontalen Wand untersucht. Während der Knochen nur wenig pathologisch-anatomische Veränderungen zeigte, war die Schleimhaut stets hochgradig verdickt, zellig infiltriert und mehr oder weniger papillär degeneriert. Es ließen sich an den vier zur Beobachtung gelangten Fällen die anatomisch zu untersuchenden Typen feststellen, denen auch klinisch die verschiedenen Formen der Erkrankung entsprachen.

Herr G. Krebs (Hildesheim): Zur Caries der medialen Paukenwand.

K. schließt aus Fällen, bei welchen vor der Totalaufmeißelung des Mittelohres die gut übersichtliche mediale Paukenwand gesund war, nachher aber Caries aufwies, daß es eine artifizielle Caries der medialen Paukenwand gibt. Ursachen derselben sind 1) Fehler bei der Operation, 2) bei der Nachbehandlung: ad 1) direkte Verletzung mit dem Meißel, versehentliches Zurücklassen von Knochensplittern in der Pauke, Druck mit Stacke's Schützer, Anwendung des scharfen Löffels in der Paukenhöhle; ad 2) zu feste Tamponade, zuwenig tiefe Tamponade, zu häufiger Verbandwechsel, Ätzungen des gesunden Mukoperiosts, namentlich durch Chromsäure. Zum Schluß spricht Vortr. über die Ätiologie der genuinen Caries der medialen Paukenwand, sowie über die Therapie.

Herr Haug (München): Zur konservativen Behandlung der Recessuseiterungen.

H. behandelte 98 Fälle von Recessuseiterung mit einer bestimmten Methode, von denen 64 innerhalb 10—30 Tagen zur Ausheilung gelangten. Sie besteht aus Ausspülungen der Recessusöffnung zunächst mit übermangansaurem Kali oder Borsäure, hierauf Austrocknung mit Watte, sodann Injektion von einer Lösung von Perhydrol 10,0 auf Alkohol und Glyzerin aa 20,0 durch die Paukenröhre. Diese Lösung bleibt 14 Minuten im Ohre. Hernach Einpinselung oder Einbringung von Jodi puri 1,0, Kali jodati 1,0, Glyzerin 10,0. Nicht wieder abwischen; Einlage von Gaze. Das Verfahren wird höchstens dreimal wiederholt in Zwischenräumen von je 5—10 Tagen. Hat sich bis zum zweiten oder dritten Male die Heilung noch nicht eingestellt, so ist es zu verlassen.

Herr F. Alexander (Frankfurt a. M.) berichtet über zwei seltene Fälle von Augenkomplikationen bei Nebenhöhlenempyem.

I. 41jähriger Mann erkrankt nach Influenza an einem akuten Rezidiv eines Empyems der linken Keilbeinhöhle und des rechten hinteren Siebbeinlabyrinths mit beiderseitiger Papillitis. Breite, endonasale Eröffnung führt zu vollkommener Beseitigung der Sehstörung.

II. 14jähriges Mädchen mit linksseitigem Empyem der Kieferhöhle und vorderen Siebbeinzellen bekommt am rechten Auge einen Glaskörperabszeß. Eröffnung der Kieferhöhle und Siebbeinzellen führt zur Resorption des Glaskörperabszesses unter Hebung der Sehschärfe von Fingerzählen auf 0,5 m bis $S = {}^4/_{10}$. Verf. faßt diese Komplikation als Metastase auf und konnte in der Literatur hierfür kein Analogon finden.

Herr Manasse (Straßburg) demonstriert mikroskopische Präparate von beiden Labyrinthen eines durch Kopftrauma 15 Jahre vor dem Tode ertaubten Mannes.

Man sieht auf beiden Seiten fast genau symmetrisch eine Fissur im Promontorium und Stapes. Interessant ist, daß jetzt, nach 15 Jahren, keine knöcherne, sondern nur bindegewebige Verlötung der Frakturstellen erfolgt ist, dagegen aus-

gedehnte Bindegewebs- und Knochenneubildung im Vestibularapparat und in der Schnecke, fernerhin Atrophie des Corti'schen Organes, des Ganglion cochleare, sowie Degenerationsherde im Stamme des N. acusticus. (Ausführliche Publikation an anderer Stelle.) **Denker** (Erlangen).

20) **Broeckaert.** Les injections à froid de paraffine.

(Presse méd. 1904. Nr. 96.)

Die geringe Handlichkeit der von Sagarde — und gleichzeitig, unabhängig von diesem, von Stein, Gersuny, Smith und Connell — konstruierten Spritze zur subkutanen Paraffininjektion haben den Verf. bewogen, ein Instrument zu konstruieren, welches, ebenso wie die von Sagarde angegebene Spritze, die Paraffininjektion ohne die Notwendigkeit der Erhitzung desselben durch mechanische Verflüssigung des Paraffins ermöglicht und sich bequem mit einer Hand dirigieren läßt.

Das Instrument besteht aus einer 9 cm langen Metallspritze mit einem $11^1/_2$ cm langen Metallstempel und aus einem federnden Hebel, dessen beide Branchen je 20 cm lang sind. Die vordere Branche des Hebels wird mittels Hakens an der hinteren Öffnung der Spritze fixiert, die hintere Hebelbranche ist beweglich und faßt, wenn man den Hebel wie einen Nadelhalter zudrückt, in eine Zahnreihe, welche an dem Metallstempel angebracht ist, wodurch der letztere unter starkem Drucke nach vorn geschoben wird.

Durch den Druck wird das in der Spritze befindliche Paraffin mechanisch flüssig gemacht und entweicht durch die vorn aufgesetzte gerade oder bajonettförmig gebogene Kanüle.

Das Instrument ist von A. Fischer in Brüssel angefertigt.

Kurze Auslassungen über Paraffininjektionen überhaupt beendigen die Arbeit.

Grunert (Dresden).

21) **A. Hofmann** (Freiburg i. Br.). Flügeldrain.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

Eine gewöhnliche Gummidrainröhre trägt an einem Ende eine zur Achse der Röhre senkrecht stehende Platte, die in vier Flügel ausläuft; diese werden an ihren freien Enden nach Einlegen des Drains in die Wundhöhle mit Heftpflasterstreifen an der Haut befestigt. (Firma Fischer in Freiburg i. Br., Kaiserstraße 115, liefert das Drain in mehreren Größen.) **Kramer** (Glogau).

22) **Wilms** (Leipzig). Serumbehandlung des Milzbrandes.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 23.)

Bei dem obiger Behandlung mittels Injektionen von Sobernheim'schem Milzbrandserum in die Vena mediana unterworfenen ersten Pat. war von der Milzbrandpustel an der linken Schläfe die entzündliche Schwellung über das Gesicht nach dem Hals und Brustkorb weiter fortgeschritten und mit allgemeiner Entkräftung auch bedrohliche Herzschwäche aufgetreten. Die erste Serumeinspritzung (20 ccm) am 7. Tage führte zu starker Schweißabsonderung; nach den 5 folgenden ging die Schwellung langsam zurück, und besserte sich das Allgemeinbefinden zusehends; Heilung. — Beim zweiten Pat. fehlten die schweren Allgemeinerscheinungen, bestand indes gleichfalls starke Schwellung des Gesichtes und Halses; der Kranke erhielt zwei Injektionen und wurde gleichfalls geheilt. — Schädliche Einwirkungen durch das Serum hat W. nicht beobachtet; er ist geneigt, die günstige Wirkung auf die Anwendung des Milzbrandserums zurückzuführen.

Kramer (Glogau).

23) **Neudörfer.** Zur intravenösen Sauerstoffinfusion.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 4.)

Mitteilung aus dem Rudolfinerhaus, in welchem Gersuny in einem Falle von schwerer Kompression der Luftröhre durch Geschwülste (nach vorausgegangener erfolgloser Tracheotomie) in die Vena mediana mittels des von Gärtner an-

gegebenen Gasometers Sauerstoff einführte. Dauer 8 Minuten; da keine Graduierung des Gasometers vorhanden, ließ sich die in dieser Zeit übergegangene Menge des Sauerstoffes nicht messen. »Respiration bei anscheinend freiem Atemwege selten und schnappend, Puls klein und fliegend, an den oberen Extremitäten tonische, klonische Krämpfe. Pat. bot vollkommen das Bild eines Sterbenden. Infusion von Sauerstoff. Nach 4 Minuten Puls regelmäßiger und kräftiger, Schwinden der Cyanose, Respiration tiefer und regelmäßiger. Wenige Minuten nach Beendigung der Infusion war Pat. wieder bei Bewußtsein und schrieb auf einen Zettel, er wolle essen und dann schlafen. Dasselbe Bild wiederholte sich noch einmal; wieder derselbe Erfolg. Nach einigen Tagen, ohne Wiederholung eines Erstickungsanfalles, Tod an Herzschwäche. **Hübener** (Dresden).

24) **C. Elsberg.** On the treatment of chronic osteomyelitis and of chronic bone cavities by the iodoform wax filling.

(Med. news 1905. April 15.)

Verf. empfiehlt die Methode der Mosetig-Moorhof'schen Jodoformplombe als brauchbar und bei weiterer Ausbildung als vielversprechend. Seine zehn Fälle betrafen alle schon mehrfach erfolglos operierte osteomyelitische und tuberkulöse Prozesse. Er benutzte eine nur 20%ige Jodoformplombe, da er bei der vom Erfinder angegebenen eine Vergiftung erlebte. Die Esmarch'sche Blutleere hebt Verf. nach Ausräumen der Höhle auf; ferner gießt er die Mischung nicht in flüssigem Zustande ein, sondern verrührt dieselbe, bis sie die Konsistenz von Kitt erhält, und bringt erst dann die Füllung in die Knochenhöhle. Die Wunde wurde immer drainiert.

Vier Fälle heilten ohne Störung. In einem Falle wurde ein Teil der Plombe ausgestoßen, in einem zweiten die ganze. Doch auch diese Fälle heilten ohne weitere Störung.

Bei einem Pat. wurde die Plombe ausgestoßen und der Knochen zufällig gebrochen, worauf Heilung eintrat. In drei Fällen blieb die Höhle nicht aseptisch.

Die Methode bedeutet nach Verf.'s Ansicht bei Gelingen eine beträchtliche Verkürzung der Heilungsdauer und selbst beim Ausfallen der Plombe eine Beschleunigung des Heilprozesses. **Hofmann** (Heidelberg).

25) **Van den Bergh.** Resultats éloignés de la transplantation des tendons.

(Soc. méd.-chir. d'Anvers. Annales 1905. März.)

Verf. stellt ein Mädchen mit hochgradigem Klumpfuß vor, welchen er vor $5^1/_2$ Jahren operiert hatte. Er hatte die Achillessehne und die Plantaraponeurose durchschnitten, Gipsverband angelegt, später elektrisiert und massiert ohne Erfolg 2 Monate lang. Dann durchschnitt er die Sehne des Extensor halluc. long. und vernähte ihr peripheres Ende mit der Sehne des Tibialis ant.; vom Extensor communis durchschnitt er $^1/_3$, löste es auf 4 cm ab und vernähte es ebenfalls mit dem Tibialis ant. Er erzielte ein vortreffliches Resultat, so daß die Operierte heute (nach $5^1/_2$ Jahren) einen normalen Gang hat. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

26) **J. Gobet.** Ein schwerer Fall von traumatischem Tetanus, geheilt durch Duralinfusion von Behring'schem Tetanusserum.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

Schwerer Fall bei einer 48jährigen Frau, Inkubationsdauer 7 Tage, rasche Entwicklung der Symptome. Zweimalige Duralinfusion (von 100 Antitoxineinheiten) nach Entleerung von je 20 ccm Zerebrospinalflüssigkeit durch Lumbalpunktion. Die erste Injektion fand 7 Tage nach Ausbruch der ersten Symptome statt, die zweite 3 Tage später. Am 2. Tage nach der zweiten Infusion trat der letzte Anfall auf. **Hübener** (Dresden).

27) **Wern.** Über Komplikationen von intrathoracischen Strumen.
Inaug.-Diss., Straßburg, 1905.

Mitteilung zweier Fälle von Struma intrathoracica. Im ersten Falle führte eine substernal gelegene Kropfcyste bei einer 52jährigen Frau zu einer schweren Kompression der Luftröhre. Tracheotomie und im Verlaufe der Behandlung Durchbruch der Cyste in die Luftröhre, worauf dauernde Heilung eintrat. — Im zweiten Falle hatte eine zum Teil supra-, zum Teil substernal gelegene Kropfcyste bei einem 35jährigen Arbeiter die Luftröhre nach rechts verlagert. Gelegentlich eines Streites hatte derselbe einen Stoß gegen die untere Halspartie erhalten. Es kam infolgedessen zu einer starken Blutung in die Cyste, die zu einer so schweren Luftröhrenkompression führte, daß binnen kurzem, noch bevor ärztliche Hilfe geleistet werden konnte, der Tod an Erstickung eintrat.

Deutschländer (Hamburg).

28) **Barthelmé.** Erfahrungen über Stich- und Schußverletzungen des Thorax.
Inaug.-Diss., Straßburg, 1905.

B. teilt die Kasuistik von 96 Stich- und Schußverletzungen des Brustkorbes mit, die in dem Zeitraume von 1894—1903 in der Straßburger chirurgischen Universitätsklinik klinisch beobachtet worden waren. Die Behandlung der nicht penetrierenden Brustverletzungen — 39 Stich- bezw. Schnittwunden, 7 Schußwunden — war in der Regel rein konservativ; nur in zwei Fällen wurde wegen Verdachtes der Mitverletzung anderer Organe die Erweiterung des Wundkanales vorgenommen. Auch bei den penetrierenden, aber nicht komplizierten Lungenverletzungen (38 Fälle, 25 Stich-, 13 Schußwunden) wurde von einem aktiven Vorgehen Abstand genommen; nur in 9 Fällen wurde ein stärker auftretender Hämothorax punktiert. Pneumothorax wurde in dieser Gruppe relativ selten — nur 11mal — beobachtet. Bei den komplizierten Fällen wurden Verletzungen der Mammaria interna, des Herzbeutels, der Speiseröhre, des Zwerchfelles, des Magens und der Milz beobachtet. Bezüglich der Einzelheiten muß auf die ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten und die epikritischen Bemerkungen des Verf.s hingewiesen werden.

Deutschländer (Hamburg).

29) **W. Bichler.** Ein Fall eines Fremdkörpers im Brustfellsacke.
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 22.)

Ein Arbeiter hatte sich eine Kreissägenverletzung an der rechten unteren Schlüsselbeingegend zugezogen und infolgedessen allmählich ein Empyem der rechten Pleurahöhle erworben, das am 15. Tage durch Operation (Resektion der 9. Rippe in der Scapularlinie) entleert wurde. Fieber und Schmerzen in der rechten Schultergegend ließen trotzdem nicht nach, bis endlich nach mehreren Wochen sich aus dem Drain der fast verheilten Operationswunde ein Hemdfetzen von 3—4 cm Breite und 8—9 cm Länge, der bei der Verletzung in die Wunde gepreßt worden und fast um die ganze Lunge von vorn nach hinten und von oben nach unten herumgewandert war, hervortrat und entfernt werden konnte. Heilung.

Kramer (Glogau).

30) **T. Meissl.** Über die operative Therapie des Mammakarzinome und deren Dauererfolge.
(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 51.)

M. gibt eine Bearbeitung der von 1890 bis 1901 in der Albert-v. Eiselsberg'schen Klinik operierte Brustkrebse und vergleichende Untersuchungen der Ergebnisse der verschiedenen Operationsmethoden (6). Er faßt das Ergebnis seiner Arbeit in folgenden Sätzen zusammen:

1) Das Mammakarzinom muß so frühzeitig wie möglich und auch dann nach der radikalsten Methode operiert werden. Als solche empfiehlt M. die nach

Rotter, da der Klinik eigene Erfahrungen über die nach Halsted nicht zur Verfügung stehen.

2) Die absolute Heilungsziffer beträgt in der v. Eiselsberg'schen Klinik in dem angegebenen Zeitraume ca. 18%.

3) Der Wert der einzelnen Operationsmethoden des Brustkrebses aus den Dauerheilungsresultaten kann nur unter Berücksichtigung des Stadiums, in dem die Fälle zur Operation gelangen, bemessen werden, für welche als Maßstab die Prozentzahl der nach vorgenommener Operation an inneren Metastasen ohne Lokalrezidive Verstorbenen gelten kann. **Hübener** (Dresden).

31) **Forjahn.** Beitrag zur Chirurgie des Mesenteriums mit besonderer Berücksichtigung der Prognose.

Inaug.-Diss., Rostock, 1904.

Nach einigen allgemein-statistischen Bemerkungen über die bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle von Cystenbildungen und von Neubildungen und entzündlichen Erkrankungen des Gekröses werden fünf Fälle von Mesenterialcysten und fünf Fälle von soliden Mesenterialgeschwülsten, die Prof. Müller in Aachen und Rostock operiert hat, genau beschrieben durch Wiedergabe der Krankengeschichten. Nach Müller's Resultaten bei Operation der soliden Mesenterialgeschwülste ist die Prognose dieser Erkrankungen, sobald es sich um bösartige Geschwülste handelt, als äußerst ungünstig anzusehen.

Dettmer (Bromberg).

32) **V. Lotze.** Zur Kasuistik der Netztumoren. (Aus der medizinischen Klinik der Universität zu Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 15.)

Die kindskopfgroße, rasch gewachsene Geschwulst war bei dem 25jährigen Pat. nach der Leber und Milz, ebenso nach rechts und links scharf abgrenzbar und mäßig beweglich unter den verschieblichen Bauchdecken in der Mitte des Bauches gelegen. Fieber hatte nie bestanden, ebenso Stenosenerscheinungen von seiten des Magens und Darmes stets gefehlt. Bei der Operation fand sich als Ausgangspunkt der festen Geschwulst das große Netz; die mit der Umgebung kaum verwachsene Neubildung war ein Sarkom und ließ sich leicht exstirpieren. Indes traten schon nach wenigen Monaten Symptome von seiten der Blase auf, die auf Metastasenbildung zurückgeführt wurden. **Kramer** (Glogau).

33) **F. Adolph.** Über primäre bösartige Neubildungen der Milz.

(Berliner Klinik 1905. Hft. 202.)

Ausführliche Krankengeschichte eines in Frankfurt beobachteten Falles, der in seinem klinischen Verlaufe die Merkmale einer primären bösartigen Neubildung der Milz zeigte. Probelaparotomie. Bei der 3 Monate später erfolgenden Sektion lautete die mikroskopische Diagnose (Weigert): Lymphsarkom, wobei unentschieden blieb, ob der Krankheitsprozeß als eine generalisierte Lymphosarkomatose der lymphatischen Apparate mit vorwiegender Beteiligung der Milz oder als ein primäres Lymphosarkom der Milz mit Metastasenbildung aufzufassen sei.

Die Literatur enthält 19 Fälle primärer sarkomatöser Neubildungen, die eingehend besprochen werden.

Das Literaturverzeichnis umfaßt 28 Nummern. **Georg Schmidt** (Berlin).

34) **Hartmann.** Travaux de chirurgie anatomo-clinique.

Paris, **G. Steinheil,** 1904.

Die vorliegende zweite Serie von Arbeiten aus dem Krankenhause Lariboisière schließt sich wiederum dem Jahresberichte der Klinik an und umfaßt auf 337 Seiten (inkl. 14 Seiten des Berichtes) 15 Arbeiten von Henri Hartmann, Paul Lecène, Paul Lebreton, Lavenant, Prat, Ch. Esmonet und Bernard Cunéo, welche sämtlich den Urogenitaltraktus behandeln.

Die erste Arbeit, von Hartmann und Lecène, behandelt die Geschwülste der Nebenniere (Adenom, Fibrom, Lipom, Angiom und die bösartigen Geschwülste), erläutert durch vorzügliche mikroskopische Abbildungen, wie überhaupt 105 sehr scharfe Abbildungen das Werk auszeichnen.

Die zweite Arbeit, von Lecène, behandelt die soliden Geschwülste der Niere und umfaßt allein 153 Seiten des Werkes. Sie bringt nach einer besonderen Einteilung der Geschwülste vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus im allgemeinen nichts Neues bietende Ausführungen über Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Behandlung, wobei auf die vergleichenden Statistiken besonders aufmerksam gemacht sei, und schließt mit den ausführlichen Berichten von 12 Fällen eigener Beobachtung.

Über zwei Fälle von Cystenniere, die eine davon auch Wanderniere, berichtet Hartmann in der dritten Arbeit.

Einen zur Heilung gebrachten Fall von Unterbindung der Vena cava inferior aus Anlaß ihrer Verletzung bei einer Nephrektomie behandelt die nächste Arbeit von Hartmann, und im Anschluß daran sind von seinen Schülern Gosset und Lecène Versuche an Hunden angestellt worden, mit dem Resultate, daß die Unterbindung der Vena cava inferior unterhalb der Einmündung der Nierenvenen keinerlei Nachteile zur Folge hatte, daß dagegen auf die Unterbindung oberhalb der Einmündung der Nierenvenen der Tod folgte unter starker Schädigung des Nierengewebes beiderseits. Dasselbe geschah in noch beschleunigtem Maße nach der doppelten Ligatur ober- und unterhalb der Einmündung der Nierenvenen, wobei es gleichgültig war, ob eine einseitige Nierenexstirpation gleichzeitig ausgeführt wurde oder nicht.

Die fünfte Arbeit, von Hartmann, redet dem Luys'schen Harnscheider das Wort. Die bequemste Lagerung der Pat. bei Anwendung des Luys'schen Instrumentes ist der Sitz auf einem Untersuchungstische, wobei der Oberkörper in eine Mittelstellung zwischen horizontaler und vertikaler Lage, die Oberschenkel in horizontale und die Unterschenkel in vertikale Stellung kommen. Bei dieser Art der Anwendung gibt Verf. dem Instrumente bei weitem den Vorzug vor dem Harnleiterkatheter.

Durch ganz besondere Exaktheit und durch scharfe Bilder vorzüglicher Präparate zeichnet sich die nächste Arbeit über die Anatomie der Cowper'schen Drüsen von Lebreton aus.

Im Anschluß daran berichtet Hartmann in der folgenden Arbeit über einen der sehr seltenen Fälle von Cystenbildung der Cowper'schen Drüsen bei einem 55jährigen Mann, aus dessen Anamnese eine 13 Jahre zurückliegende und normal verlaufene Gonorrhöe in Zusammenhang mit der jetzigen Erkrankung gebracht wird.

Derselbe Autor gibt sodann die Krankengeschichten zweier Fälle von Urinretention infolge von Beckenechinokokken. Der erste Fall wurde durch Operation geheilt, der zweite entzog sich der vorgeschlagenen Operation.

Die beiden folgenden Arbeiten behandeln das primäre Karzinom der Harnröhre (Lavenant) und einen — unter der Diagnose: Neoplasma operierten — Fall von Tuberkulose der Harnröhre (Lecène und Prat).

Die folgende, experimentelle Arbeit, von Esmonet, über Hodentuberkulose, beschäftigt sich mit den Ergebnissen von 29 Versuchen an Hunden, welche infiziert wurden durch Injektionen in die Hodensubstanz, in die Art. spermatica, in den venösen Kreislauf und in das Vas deferens. Nur in den ersten beiden Arten der Injektionen war die Infektion des Hodens positiv. In diesen Fällen wurden therapeutische Injektionen von Naphthol und Tuberkulin in die Art. spermatica mit gutem Erfolg angewandt.

Von demselben Verf. ist die nächste, experimentelle Arbeit: Technik der Erzeugung von Orchitiden durch Injektionen in die Art. spermatica und Unterbindung der letzteren.

Von einer infizierten, durch Operation geheilten Hydrohämatokele en Bissac von enormer Ausdehnung (45 cm lang und 44 cm Umfang im skrotalen Teile) berichtet Hartmann in der nächsten Arbeit.



Die beiden letzten Arbeiten, bakteriologische Untersuchungen des durch Punktion gewonnenen Hydrokeleninhaltes bei Epididymitis (Hartmann, Esmonet und Lecène) und histologische Untersuchungen der gonorrhoischen Epididymitis (Cunéo) haben speziell urologisches Interesse. **Grunert** (Dresden).

35) **Garrod and Wynne-Davies.** Congenital defect of abdominal wall and of the genito-urinary apparatus.

(Brit. med. journ. 1905. Februar 18.)

Klinischer und Sektionsbericht über ein männliches Kind mit fast völligem Mangel der Bauchmuskeln, Hypertrophie und Erweiterung der Harnblase, einer lineären Nabelnarbe und Kryptorchismus. Mikroskopische Untersuchungen des Rückenmarkes und der Muskeln schlossen intra-uterine Poliomyelitis aus. Von den drei Theorien, die Stumme in seiner Monographie über die Entstehung dieses Defektes aufstellt — Hypertrophie der Blase infolge von Atrophie oder Nichtentwicklung der Bauchmuskeln, gemeinsame Ursache beider Mißbildungen, Bauchmuskelatrophie infolge von vorübergehender intra-uteriner Behinderung der Urinentleerung —, nehmen Verff. die letztere als wahrscheinlichste für ihren Fall in Anspruch. **W. Weber** (Dresden).

36) **R. Paschkis.** Über eine eigenartige kongenitale Harnröhrenfistel.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

In der Büdinger'schen Abteilung wurde ein 8jähriger Knabe wegen einer ungewöhnlichen Art von Harnröhrenfistel operiert. Es bestand auf der Unterfläche des Penis ein etwa 2 cm langer Defekt der Haut, hinter einem etwa kleinfingerbreiten Rande ziemlich normaler Haut, die dem Präputium angehörte, beginnend. Hier liegt das Corpus cavernosum urethrae frei. An beiden Seiten desselben findet sich eine etwa 1 cm lange, schlitzförmige, in der Längsrichtung verlaufende Öffnung, aus der bei der Miktion, ebenso wie aus dem normal gebildeten Orificium externum Urin herausläuft. Eine unkomplizierte Plastik führte zu völliger Heilung. **Hübener** (Dresden).

37) **Nicolich.** Sur le traitement des prostatiques en rétention incomplète chronique aseptique.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 9.)

Verf. berichtet über vier Fälle von Prostatitis mit unvollständiger aseptischer Urinretention und Blasendilatation, in denen er durch die transvesikale Prostatektomie vollkommene Heilung mit guter Blasenfunktion erzielte. Die Operierten urinieren wieder spontan, die Miktionen sind normal, Residualharn ist nicht vorhanden. Nach den Erfahrungen des Verf.s ist die transvesikale Prostatektomie leichter, rascher und vollständiger auszuführen, als die perineale Methode. Weder die Blasen- noch die Bauchwunde wird genäht, dagegen die Blase mit Jodoformgaze tamponiert; ein Dauerkatheter wird nicht eingelegt. Durchschnittlich schloß sich die Blasenwunde nach 20, die Bauchwunde nach 35 Tagen.

Paul Wagner (Leipzig).

38) **B. Kaveczky.** Un cas de kyste echinococcique autour de la prostate opéré et guéri.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 9.)

Bei einem 46jährigen Kranken, der über erschwertes Urinieren klagte, ergab die Untersuchung per rectum eine fast kindskopfgroße, platte, fluktuierende Geschwulst, die die Stelle der Prostata einnahm und Mastdarm und Blasenhals komprimierte. Eine vom Mastdarm aus vorgenommene Punktion der Cyste ergab eine klare, eiweißfreie Flüssigkeit; die mikroskopische Untersuchung ergab ein Echinokokkushäkchen. Perineale Exstirpation der Cyste; Jodoformgazetamponade, Dauerkatheter. Heilung. Die Echinokokkuscyste hatte sich in diesem Falle wahrscheinlich in dem die Prostata umgebenden Bindegewebe entwickelt.

Paul Wagner (Leipzig).

39) **Serralach.** Diverticule vésical d'origine probablement traumatique sans obstacle à l'emission de l'urine.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 11.)

Ausführliche Mitteilung eines Falles von wahrscheinlich traumatischem Blasendivertikel bedeutender Größe bei einem 32jährigen Manne. Verf. bespricht namentlich sehr genau die Differentialdiagnose zwischen Blasendivertikel und angeborener Doppelblase. **Paul Wagner** (Leipzig).

40) **B. Sutton.** Kidney which contained more than forty thousand iridescent calculi.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 21.)

38jähriger Mann. Diagnose auf Nierensteine klinisch gestellt und röntgographisch bestätigt. Nephrektomie. Heilung. Die in einen vielbuchtigen Sack verwandelte Niere enthielt Eiter und Steine der verschiedensten Größe, insgesamt weit über 40000 Stück, durch Zählung festgestellt. **W. Weber** (Dresden).

41) **Oraison.** Sur deux cas de calculs du rein, l'un septique avec coexistence d'épithélioma du bassinet, l'autre aseptique.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 10.)

Der erste Fall betraf eine 50jährige Frau, die seit ihrem 22. Jahre an Steinbeschwerden litt. Es entwickelten sich schließlich die Symptome einer schweren septischen Steinniere. Durch die Nephrotomie wurde ein 107 g schweres Konkrement zutage befördert. 3 Tage nach der Operation Tod im Koma. Die genaue Untersuchung der operierten Niere ergab, daß sich im Nierenbecken außerdem ein verhältnismäßig großes Pflasterzellenepitheliom entwickelt hatte.

Der zweite Fall ist ein typisches Beispiel für eine aseptische Steinniere. Bei dem 27jährigen Kranken wurde mittels Nephrolithotomie ein haselnußgroßes Konkrement entfernt. Heilung. **Paul Wagner** (Leipzig).

Der erste Kongreß der internationalen chirurgischen Gesellschaft

findet im September 1905 unter dem Vorsitze Kocher's in Brüssel statt. Auf der Tagesordnung stehen:

1. *Der Wert der Blutuntersuchung in der Chirurgie; Ref. W. Keen (Philadelphia), Sonnenburg (Berlin), Ortitz de la Torre (Madrid), Depage (Brüssel).*
2. *Behandlung der Prostatahypertrophie; Ref. Reginald Harrison (London), Rovsing (Kopenhagen), v. Rydygier (Lemberg).*
3. *Die Chirurgie der nicht krebsigen Magenleiden; Ref. Mayo Robson (London), von Eiselsberg (Wien), Mattoli (Ascoli Piceno), Monprofit (Angers), Rotgans (Amsterdam), Jonnesco (Bukarest).*
4. *Behandlung der Gelenktuberkulose; Ref. Bier (Bonn), Broca (Paris), Bradford (Boston), Codivilla (Boulogne), Willems (Genf).*
5. *Behandlung der Peritonitis; Ref. Lennandor (Upsala), Friedrich (Greifswald), Lejars (Paris), Mc Cosh (Newyork), Krogius (Helsingfors), de Isla (Madrid).*
6. *Diagnose der chirurgischen Nierenerkrankungen; Ref. Albarran (Paris), Kümmell (Hamburg), Giordano (Venedig), Lambotte (Brüssel).*

Delegierter für Deutschland, der auf die den Kongreß bezüglichen Fragen Auskunft erteilt, ist Geh.-Rat Sonnenburg in Berlin W., Hitzigstr. 3.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 30. Sonnabend, den 29. Juli. 1905.

I.

Zur Chirurgie der Halsdrüsen.

Von

Dr. A. **Most** in Breslau.

Bekanntlich existieren im Retropharyngealraum Drüsen, welche nicht selten zu Entzündungen und Eiterungen Anlaß geben. Es sind dies je eine oder zwei Lymphdrüsen, welche in typischer Weise symmetrisch auf beiden Seiten der hinteren Pharynxwand, auf der Fascia bucco-pharyngea gelegen sind, nahe dem Winkel, welchen die hintere mit der seitlichen Parynxwand bildet. Sie befinden sich daselbst nächst der Carotis interna und median von ihr, unweit von deren Eintritt in den Canalis caroticus des Schädels. Das Quellgebiet dieser Drüsen ist ein ausgebreitetes, indem der hintere Teil des Pharynx

das Naseninnere mit seinen Nebenhöhlen, sowie die Tuba Eustachii und die Paukenhöhle hierher gehören[1].

Diese retropharyngealen Lymphdrüsen sind bekanntermaßen in der Regel der Sitz des akuten Retropharyngealabszesses der Kinder; aber auch tuberkulöse Entzündungen siedeln sich in denselben an, und nicht allein im Kindesalter, sondern auch in späteren Jahren wurden diese Lymphknoten käsig und sogar krebsig entartet vorgefunden[2].

Der Gedanke lag also nahe, auch bei Drüsenoperationen im Halsgebiete dem Verhalten jener Follikelapparate die entsprechende Aufmerksamkeit zuzuwenden. Soweit jedoch meine persönliche Erfahrung und meine Kenntnis der Literatur reichen, ist dies in zielbewußter Weise wohl kaum geschehen. Hält sich doch der Operateur, wenigstens bei seinen Lymphomexstirpationen, gewöhnlich an die sichtbaren und fühlbaren Drüsenkörper am Kinn, am Kopfnickerrande und besonders an jene, welche die Vena jugularis umgeben. Medianwärts über die Carotis interna hinweg, bis zum Retropharyngealraume, dringt er meines Wissens wohl kaum, es sei denn, daß jene Drüsen durch ihre Schwellung sich mehr oder weniger dem Operationsgebiete nähern. Dies geschieht jedoch selten, da jene Lymphknoten, wenn sie nicht eitrig zerfallen, meist relativ klein bleiben.

Daß diesen retropharyngealen Drüsen aber doch eine gewisse praktische Bedeutung zukommt, zeigen die tuberkulösen Eiterungen in den retropharyngealen Drüsen, von denen mir jüngst ein Fall zur Beobachtung kam.

Ein 27jähriges Mädchen, welches ich wiederholt wegen ausgebreiteter doppelseitiger Halsdrüsentuberkulose operiert hatte, zeigte sich Ende April d. J. mit einer runden, scharf umschriebenen, etwa haselnußgroßen, fluktuierenden Vorwölbung der hinteren Rachenwand, welche den Raum zwischen rechtem hinteren Gaumenbogen und der Uvula einnahm und sonach genau der Lokalisation der Retropharyngealdrüse entsprach. Die Inzision entleerte eine geringe Menge tuberkulösen Eiters.

Es war hier die Retropharyngealdrüse tuberkulös entartet und eitrig zerfallen. Die Eiterung hat zwar inzwischen sistiert, doch besteht jetzt noch ein retropharyngealer Drüsentumor.

Seitdem habe ich bei den Lymphomoperationen auf das Verhalten jener Drüsen geachtet und zweimal dieselben mit entfernt.

Das eine Mal war es ein 7jähriger Knabe, welcher seit einem halben Jahr ein wachsendes Drüsenpaket der linken Halsseite aufwies. Nach dessen Entfernung lagen die Venen und der N. hypoglossus mit seiner Schlinge frei da, und es war hier nicht schwer, mit dem palpierenden Finger zwischen V. facialis communis und V. jugularis interna nach dem Retropharyngealraum vorzudringen. Dort gewahrte ich eine etwa bohnengroße Drüse. Nun wurde der Weg in die Tiefe stumpf erweitert, und nachdem ich mich von der Lage der Carotis interna überzeugt, wurde

[1] Cf. meine Arbeiten: Über den Retropharyngealabszeß (Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXI); Über Lymphgefäße von Nase und Rachen (Archiv für Anatomie 1901); Lymphgefäße der Ohren (Archiv für Ohrenheilkunde Bd. LXIV).

[2] l. c. Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXI.



das sie deckende Fascienblatt vorsichtig gespalten, der kleine Schnitt stumpf dilatiert und nun pulsierte die Carotis interna mir entgegen. Mit der geschlossenen Cooper'schen Schere gelang es nun, über die Carotis interna hinweg, die Drüse aus ihren lockeren Adhäsionen zu befreien und in toto herauszubefördern. — Die Drüse übertraf etwas den Umfang einer Bohne und war total verkäst. — Glatter Wundverlauf.

Der zweite Fall betraf einen 15jährigen Bäckerlehrling, welcher wegen eines ausgedehnten, mit Fisteln komplizierten Drüsenrezidivs der linken Halsseite zur Operation kam. Die V. jugularis wurde freipräpariert und auch hier auf dem im vorigen Falle bezeichneten Wege versucht, in den Retropharyngealraum vorzudringen. Dies gelang jedoch nicht wegen narbiger Verwachsungen in der Tiefe. Ich schlug daher den Weg durch das Submaxillardreieck ein und konnte, wie im vorigen Fall, eine Retropharyngealdrüse entdecken. Nun wurde der laterale Biventerbauch energisch seitwärts gezogen, ein scharfer Haken drängte den Unterkieferknochen nach oben, und die Speicheldrüse wurde medianwärts geschoben. Wie im Fall I wurde mit der geschlossenen Cooper'schen Schere der Weg stumpf in die Tiefe gebahnt und eine Drüse von etwas größerem Volumen als dort, sowie oberhalb von ihr noch eine zweite, etwa erbsengroße, teilweise verkäste Drüse entfernt. Der Retropharyngealraum ließ sich nun über die Mittellinie hinaus abtasten. Die Carotis interna konnte hier nicht zu Gesicht gebracht werden, sie war in bindegewebigen Massen eingebettet; ihr Pulsieren wurde deutlich gefühlt. Glatter Wundverlauf.

In einigen weiteren Fällen, die in letzter Zeit zur Operation kamen, war die retropharyngeale Drüse nicht erkrankt, doch konnte ich bei ihnen die Wege, welche von der seitlichen Halspartie aus zum Retropharyngealraum führen, etwas näher in vivo studieren.

Danach kommen drei Wege in Frage. Der gangbarste scheint mir der im ersten Fall eingeschlagene Pfad zwischen V. facialis communis und Jugularis interna zu sein. Der im zweiten Falle betretene Weg durch das Submaxillardreieck hindurch ist enger und wird wohl nur ausnahmsweise in Frage kommen. Ein dritter Weg führt lateral von dem großen Gefäßnervenstrang und hinter ihm empor. Derselbe bietet, nach meinen bisherigen Erfahrungen, zu wenig Raum; ich konnte auf ihm noch nicht in befriedigender Weise bis in den Retropharyngealraum selbst vordringen.

Die Exstirpation jener retropharyngealen Drüsen gelang wenigstens in meinen beiden Fällen ohne wesentliche Schwierigkeiten; die große Tiefe des Operationsfeldes und die Nähe der Carotis interna erheischen allerdings entsprechende Sorgfalt; vorsichtiges und möglichst stumpfes Vorgehen wird am Platze sein. Vielleicht tut man gut, sich von der Lage der Carotis communis vorher zu überzeugen, durch deren Kompression man die Pulsation in der Carotis interna leicht aufheben und eine event. Blutung im Notfalle wohl unschwer beherrschen kann.

Die retropharyngealen Drüsen dürfen sonach, wie ich glaube, ein gewisses praktisches Interesse beanspruchen. Freilich scheinen sie seltener in erheblichem Maße zu erkranken, da sie nicht alle Lymphe aus den eingangs bezeichneten Quellgebieten in sich aufnehmen, sondern mannigfache Lymphbahnen auch an ihnen vorbei direkt zu den tiefen Cervicaldrüsen ziehen (cf. l. c. Archiv für Anatomie 1901), und da sie ferner im höheren Alter mitunter zu fehlen scheinen. Immerhin

wird es sich empfehlen, bei Halsdrüsenoperationen und besonders bei Exstirpationen maligner Tumoren in den Quellgebieten der Retropharyngealdrüsen auf letztere zu achten und ihre Entfernung anzustreben, wenn durch ihr Zurückbleiben erhebliche Gefahren für den Kranken zu gewärtigen sein sollten.

II.

(Aus der chirurg. Abteilung des städt. Krankenhauses I zu Hannover. Oberarzt Prof. H. Schlange.)

Die Halbseitenlage bei Operation der Perityphlitis.

Von

Dr. **Karl Försterling,** Assistenzarzt.

In der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses I in Hannover ist bei Perityphlitisoperationen seit längerem eine bestimmte Lagerung der Pat. in Anwendung gebracht worden, die sich dort sehr bewährt hat.

Prof. Schlange läßt nämlich, wie er schon kurz in der Diskussion auf dem letzten Chirurgenkongreß erwähnte, die zu Operierenden nach Eröffnung der Bauchhöhle, event. auch schon vorher, in eine linke Halbseitenlage bringen. Es geschieht dies durch Unterstützung der rechten Schulter und Beckenhälfte durch eine darunter geschobene Halbrolle. Die rechte Seite ist dann um ca. 12—15 cm gehoben, so daß die Interspinallinie einen Winkel von 30 bis 35° mit der Platte des Operationstisches bildet. Es hat mithin eine $^1/_5$—$^1/_6$-Drehung des Pat. um die Längsachse stattgefunden.

Am auffallendsten ist der Nutzen dieser Lagerung bei der sog. Frühoperation, solange ein größerer Abszeß und festere Adhäsionen noch nicht vorhanden sind. Es ist in diesen Fällen der Darm noch frei beweglich und meist ziemlich stark gebläht, so daß er sich in die Laparotomiewunde vordrängt. Hat man den Pat. in Halbseitenlage gebracht, so sinken die Därme nach links hinüber und lassen sich mit Hilfe von Gaze und Haken leicht zurückhalten. Es gelingt nun meist überraschend leicht, sich den Processus vermiformis, besonders wenn er nach außen, unten oder hinten vom Coecum liegt, zu Gesicht zu bringen, abzutragen und den Stumpf zu versorgen. — Dabei ist wiederum der Zug der nach links gesunkenen Därme nicht so stark, daß dadurch etwa Adhäsionen in der Nähe des Entzündungsherdes gelöst werden könnten.

Sehr erleichtert wird durch die Halbseitenlage auch die Entfernung des Processus bei der Operation im Intervall. Aufgefallen ist uns, daß sich z. B. der im kleinen Becken fixierte Wurmfortsatz so leichter exstirpieren ließ als in Rückenlage.

Weniger bemerkenswert ist der Vorteil der beschriebenen Lagerung bei der Spaltung größerer, gut abgekapselter perityphlitischer Abszesse. Aber auch hierbei wird durch das Zurücksinken der von verklebten Darmschlingen gebildeten medialen Wand die Eiterhöhle oft übersichtlicher.

Nach den hier gemachten Erfahrungen bedeutet die von Schlange geübte Halbseitenlagerung bei Operation der Perityphlitis in den meisten Fällen entschieden eine Erleichterung; sie bietet die Vorteile, welche die Beckenhochlagerung gewährt und vermeidet die Nachteile, die dieser event. anhaften.

---

1) **L. Hofbauer.** Mechanik der Respirationsstörung bei pleuralen Erkrankungen. I. Die Dyspnoe beim Pneumothorax. II. Ursachen der Atemstörung.

(Zentralblatt für innere Medizin 1905. Nr. 6 u. 12.)

Die von H. an mehreren Fällen von Pneumothorax ausgeführten Untersuchungen verdienen besonders im Hinblick auf das Sauerbruch-sche Verfahren die Beachtung der Chirurgen. H. stellt fest, daß die Dyspnoe beim Pneumothorax vorzugsweise eine respiratorische ist; das Exspirium dauert länger, ist verflacht, und auxiliäre Muskelkräfte führen dasselbe zum Abschluß, während hingegen die Inspiration völlig normal verläuft. Diese Befunde stehen im Gegensatze zu den Anschauungen Sauerbruch's, der die Kohlensäureüberladung und die Verarmung des der Medulla oblongata zufließenden Blutes an Sauerstoff für die Dyspnoe beim Pneumothorax verantwortlich macht und dieselbe darauf zurückführt, daß die kollabierte Lunge beim Pneumothorax viel mehr Blut aufnimmt als die gesunde. Auf Grund gewisser Beobachtungen Traube's hält H. es jedoch weder für erwiesen, daß die kollabierte Lunge mehr Blut als es in der Norm erhält, noch ist es ihm wahrscheinlich, daß der Sauerstoffmangel die Dyspnoe hervorruft, zumal da die Medulla oblongata noch immer ein Blutgemisch erhalten muß, das höchstens um die Hälfte an Sauerstoff gegenüber der Norm verarmt ist. Würde dieses Moment die Dyspnoe auslösen, so müßte sich die Atmungskurve analog wie bei Mitralstenosen verhalten, bei denen in der Tat die Atemnot durch Reizung der Medulla infolge mangelhafter Leistung des Blutes hervorgerufen würde. Nun zeigen aber gerade die Atmungskurven hierbei die entgegengesetzten Befunde wie beim Pneumothorax, und aus diesem Grunde hält H. die Sauerbruch'sche Annahme nicht für richtig.

Die Ursachen der exspiratorischen Dyspnoe liegen nicht, wie bisher angenommen wurde, in der bloßen Kompression der Lunge durch die eingedrungene Luft, sondern in der Störung des Atmungsmechanismus begründet. Daß die plötzliche Ausschaltung einer Lunge an sich nicht die Ursache der Atemnot ist, geht am deutlichsten aus den Sauerbruch'schen Versuchsresultaten hervor, bei denen überhaupt

keine Dyspnoe auftrat bezw. die vorher bestandene Atemnot schwand sobald der zur aufgeblähten Pneumothoraxlunge gehörige Bronchu abgeklemmt wurde. Während die Inspiration von Muskelkräften be sorgt wird, die im Falle einer Atmungserschwerung sich leicht steiger lassen, da ja kein Muskel unter normalen Verhältnissen mit der Maximum seiner Energie arbeitet, beruht die Exspiration im wesent lichen auf dem Spiel elastischer Kräfte. Sobald Luft in den Thorax raum eintritt, werden diese elastischen Kräfte aufs schwerste geschädigt und da denselben keine elastischen Reservekräfte zur Verfügung stehen so muß ein neuer Faktor in Tätigkeit treten, und zwar in Gestal von Muskelkräften. Diese muskulären exspiratorischen Hilfskräft haben die Aufgabe, die fehlenden elastischen Kräfte zu ersetzen Dazu kommt, daß bei einem einseitigen Pneumothorax nicht bloß di befallene, sondern auch die gesunde Lunge eine starke Einbuße a Retraktionsfähigkeit erleidet. Eine nicht unbedeutende Rolle spiel hierbei das Mediastinum, welches, sobald es nicht durch entzündlich Veränderungen starr und unnachgiebig geworden ist, nach der gesunden Seite hin flottiert. Die Ursachen der Atemnot beim Pneumothora liegen demgemäß in der Schädigung der Exspiration. Dadurch, da infolge des Lufteintrittes in den Thoraxraum beiden Lungen die Mög lichkeit gegeben ist, sich viel stärker zu retrahieren, als dies unte normalen Verhältnissen je der Fall ist, fällt ein wesentlicher Ante der normaliter die Exspiration besorgenden elastischen Kräfte weg was Atemnot zur Folge hat. **Deutschländer** (Hamburg).

---

2) **Lilienfeld.** Die Luxatio ossis lunati volaris eine Luxatio ossis capitati dorsalis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

Verf. wendet sich gegen die Bezeichnung der Verletzung al Luxatio ossis lunati volaris, da es sich tatsächlich um eine Verrenkun des Os capitatum nach dem Handrücken handelt. Die Verlagerun des Os lunatum ist erst eine Folge sekundärer Gewalteinwirkung durch den nachdrängenden Kopf des Os capitatum. Die Verrenkung finde bei dorsalflektierter, ulnarabduzierter Hand und bei senkrecht zu Angriffsrichtung gehaltenem Vorderarme statt. Verf. hat dies durch Leichenversuche festgestellt und hat die Annahme Lesser's über di Entstehungsart der Verrenkung so in wesentlichen Punkten bestätigen können. Von den Symptomen der Verletzung ist vornehmlich zu er wähnen eine harte Resistenz mit Druckschmerz an der Beugefläch des Handgelenkes, die Beugestellung der Finger und die Parästhesien derselben. Dieser Symptomenkomplex genügt allein zur Diagnose stellung ohne Röntgenaufnahme, da es am Handgelenk außer den Radiusbruch und dem isolierten Scaphoidbruche keine typischen Ver letzungen gibt und diese mit der Verrenkung nicht zu verwechseln sind Die Komplikation mit Bruch des Os scaphoideum ist ungünstiger zu beurteilen bezüglich des therapeutischen Endresultates als die ein

fache Verrenkung des Capitatum: Wahrscheinlich bleibt eine gewisse Dislokation des proximalen Scaphoidfragmentes auch nach der Reposition bestehen. Die Einrichtung in Narkose ist als das therapeutische Verfahren der Wahl anzusehen. Gelingt sie besonders bei älteren Fällen nicht, so soll man das Lunatum und event. das proximale Ende des Scaphoideum exstirpieren. Bei der Röntgenaufnahme weist die Dislokation des proximalen Bruchendes des Os scaphoideum auf die vorhandene Verrenkung des Lunatum hin. Wichtig ist die seitliche Röntgenaufnahme. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

3) **Siebs.** Beiträge zur Lehre der Schenkelhalsbrüche jugendlicher und kindlicher Personen und ihrer Beziehungen zur Coxa vara.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 4.)

Verf. berichtet über sechs Fälle von Coxa vara. Bei sämtlichen wurde die Diagnose durch die Röntgenphotographie erhärtet. Seine hierbei gemachten Erfahrungen gibt Verf. in folgenden Schlußsätzen wieder:

1) Eine Reihe von sog. Coxa vara traumatica bei jugendlichen Personen ist nichts anderes, als eine Schenkelhalsepiphysenlösung auf Grund einer pathologischen Knochenweichheit des Schenkelhalses.

2) Für das Zustandekommen dieser Epiphysenlösung bildet ein leichtes Trauma oft die äußere Veranlassung. Die Epiphysenlösung kann aber auch spontan auftreten.

3) Die Knochenweichheit dokumentiert sich in einer schon zur Zeit des Traumas im Röntgenbilde nachweisbaren Schenkelhalsverbiegung.

4) Daß es Fälle reiner Coxa vara traumatica gibt, bestätigen zwei der Fälle, bei denen sich eine Schenkelhalsverbiegung nicht nachweisen läßt, obwohl das Trauma bereits weit zurückliegt.

5) Der Epiphysenlösung mit Schenkelhalsverbiegung bei jugendlichen Personen entsprechend, kommt eine solche auch bei Kindern mit und ohne Trauma vor.

Unser Fall zeichnet sich von den bisher gekannten durch seine Doppelseitigkeit aus.

6) Die Röntgenbilder lassen für die der Knochenweichheit zugrunde liegenden Prozesse keine sicheren Schlüsse zu.

7) Für die Frage, ob bei der Coxa vara ein Epiphysenbruch und eine Halsverbiegung vorliegt, muß man in der Beurteilung der Röntgenbilder sehr vorsichtig sein und nach Möglichkeit Bilder in verschiedener Rotationsstellung des Beines anfertigen.

Der Arbeit liegen 15 gut wiedergegebene Röntgogramme bei.

Gaugele (Zwickau).

4) **W. Thomson.** An address on operative methods— new and old — in tuberculosis of the knee-joint.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 14.)

T., Chirurg an einem Dubliner Hospital, gibt in der Arbeit einen Rückblick über die Methoden der Behandlung tuberkulöser Kniegelenksentzündungen. Für die Mehrzahl der erkrankten Kinder ist, wenn früh genug angewendet, die fixierende Schienenbehandlung mit der Thomas-Schiene, die den Aufenthalt in freier Luft ermöglicht, ausreichend. Das gilt aber nur für die Kinder besserer Stände. Dagegen lautet sein Urteil über die ambulante Gipsverbandbehandlung armer Pat. recht pessimistisch: die ungünstigen häuslichen Verhältnisse bewirken fast ausnahmslos eine Verschlimmerung, die schließlich doch eingreifende Operationen nötig macht. Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick über die Exzision des tuberkulösen Kniegelenkes bespricht Verf. die »in Deutschland sehr verbreiteten« Injektionen von Jodoform und wirft der Methode vor, sie sei schmerzhaft, sie müsse oft und in langen Zwischenräumen wiederholt werden, sie verursache mehrtägiges Fieber, die Wirkung sei beschränkt auf einen kleinen Bezirk um die Punktionsstelle herum. Vor allem beschuldigt er die Injektionen der Gefahr, außerhalb ihres eigentlichen keimtötenden Bereiches starke Reizungen und damit Verschlimmerungen zu setzen. Endlich meint er, daß der so oft befallene Bandapparat durch die Injektion überhaupt nicht beeinflußt werde. Aus allen diesen Gründen verwirft er die Jodoforminjektion beim Kniegelenksfungus völlig und wendet sie nur bei einfachen kalten Abszessen an, und hier mit Erfolg. Nach Besprechung der mehr oder weniger ausgedehnten Arthrektomien empfiehlt er aufs wärmste die typische, radikale Resektion des Gelenkes, die sonst in England wenig Anhänger mehr habe. Von 78 Fällen zwischen 4 und 47 Jahren verlor er 2. Er meint, der Vorwurf der nachfolgenden Verkürzung durch Zerstörung der Epiphysenlinie bei Kindern sei stark übertrieben worden. In manchen Fällen könne man die Epiphysenlinie schonen. Gegen die Neigung zur Flexionsstellung nach der Operation läßt er für ein Jahr eine lange Hülse tragen von handbreit unter dem Trochanter bis ebensoweit über den Malleolen. **W. Weber** (Dresden).

---

5) **A. Schanz.** Fuß und Schuh.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1905. 51 S.

Die für Ärzte, für Schuhmacher und Fußleidende bestimmte, mit Rücksicht auf den letztgenannten Zweck leichtverständlich geschriebene und durch 24 Abbildungen erläuterte Abhandlung erörtert die Fragen, was der Schuh dem normalen Fuß leisten soll, wie er den Fuß schädigen und wie er dem kranken Fuß nützen kann. Der Arzt und vor allem der Orthopäde findet in dem lesenswerten Büchlein manche dankenswerten Winke, die ihm in dieser praktisch so wichtigen Frage das Zusammenarbeiten mit dem Schuhmacher im Interesse der Gesunden und Kranken erleichtern werden. **Georg Schmidt** (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

6) Vierter Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie. 25. April 1905.

Vorsitzender: An Stelle des erkrankten v. Mikulicz-Radecki Heusner-Barmen.

Referent: Drehmann-Breslau.

Als Hauptthema ist aufgestellt:

Die Mechanik der Skoliose.

Das Referat haben Lovett (Boston), Schanz (Dresden) und Schulthess (Zürich) übernommen.

1) Lovett (Boston) führt aus, daß das Studium der Skoliose bis jetzt nur von der pathologischen Seite, d. h. der fertigen Deformität aus gemacht wurde. Seine jetzigen Ausführungen sollen eine Analyse der normalen Bewegungen der Wirbelsäule an der Leiche, am Modell und am lebenden Kinde bringen. Die normalen Bewegungen der Wirbelsäule werden an den drei Regionen derselben genau studiert. Der Schlußsatz dieses Studiums der Bewegungen ist, daß Rotation und seitliche Biegung bei allen Bewegungen kombiniert sein muß.

Experimentell können am Modell und an der Leiche doppelte Bewegungen hervorgerufen werden, wenn man die rechte Beckenseite hebt und so eine linksseitige Totalskoliose erzeugt, und ferner durch Drehung des oberen Endes der Wirbelsäule eine Dorsalbiegung zufügt. Auf diese Art wurde als Ursache der doppelten Biegungen die Anstrengungen der Pat. mit linksseitiger Totalskoliose gefunden, den Schultergürtel in dieselbe Ebene, wie das Becken einnimmt, zu bringen.

Totalskoliose mit konkavseitiger Rotation entspricht den normalen Bewegungen der Wirbelsäule, aber das Vorkommen von konvexseitiger Rotation der Wirbelkörper muß als pathologische Veränderung, bedingt durch eine abnorme Weichheit der Knochen, angesehen werden.

2) Schanz (Dresden): Ist die Skoliose eine durch Einwirkung mechanischer Kräfte entstehende Deformität?

Unter den seitlichen Rückgratsverkrümmungen, welche wir als Skoliosen bezeichnen, finden sich eine Anzahl von Deformitäten, welche durch einen einheitlichen eigenartigen Symptomenkomplex ausgezeichnet sind.

Die auffälligsten Erscheinungen dieses Komplexes sind das Auftreten einer Kombination aus Haupt- und Gegenkrümmungen, die Keilwirbelbildung, die Torsion und die Rippenbuckelbildung.

Nach den allgemein giltigen Lehren der Pathologie ist anzunehmen, daß dieser Symptomenkomplex in jedem Falle durch denselben deformierenden Prozeß erzeugt wird, und darum die Skoliosenformen, welche diesen Symptomenkomplex zeigen, eine verwandtschaftlich zusammengehörige Gruppe bilden.

Typische Vertreter dieser Gruppe sind: die kindliche Skoliose, die rachitische, die osteomalakische, die osteopsathyrotische Skoliose, die Alterskyphoskoliose, die fixierte statische, die fixierte neurogene und die Steinträgerskoliose.

In der Ätiologie aller dieser Deformitäten läßt sich nur eine einheitliche Deformitäten bildende Ursache nachweisen: ein Belastungsmißverhältnis, welches entweder durch ein Anwachsen der Belastung oder durch eine Verminderung der Tragfähigkeit der Wirbelsäule entsteht. Es ist nun die Frage: Ist dieses Belastungsmißverhältnis die Ursache der Skoliosenbildung?

Es ist ein für die sogenannte tote Natur unbedingt giltiges Gesetz, daß durch die Belastung einer Tragkonstruktion über ihre Tragfähigkeit eine Deformierung derselben herbeigeführt wird. Die Deformierung erfolgt dabei stets in derselben Art und Form, wenn die mechanischen Bedingungen dieselben sind. Es läßt sich

darum die entstehende Deformität vorausberechnen, wenn die mechanischen Bedingungen gegeben werden.

Dasselbe gilt auch von der sog. lebenden Natur. Ob eine Tragkonstruktion aus totem oder lebendem Material aufgebaut ist, sie muß sich in jedem Falle unter Überlastung in derselben Weise deformieren, wenn die mechanischen Bedingungen dieselben sind. Ist ein lebender Organismus der Schauplatz des Ablaufes dieses Vorganges, so ist ihm die Möglichkeit gegeben, den Deformierungsprozeß mit Lebensäußerungen zu begleichen, er ist aber nicht imstande, die Gesetzmäßigkeit desselben aufzuheben.

Es ergibt sich daraus, daß die Deformitäten des menschlichen Körpers, welche aus einem Belastungsmißverhältnis hervorgehen, zwei Klassen von Veränderungen besitzen müssen: 1) Veränderungen, welche direkte Folgen der zur Wirkung gelangenden mechanischen Kräfte sind; 2) Veränderungen, welche als Reaktionserscheinungen vom lebenden Organismus auf die ersteren erzeugt werden.

Von diesen Veränderungen müssen sich die, welche der ersten Klasse zugehören, berechnen lassen aus den mechanischen Bedingungen, unter welcher die Überlastung stattfindet. Findet man bei einer solchen Berechnung die typischen Formveränderungen der Skoliose, so ist der Schluß zu ziehen, daß diese Formveränderungen durch die Wirkung mechanischer Kräfte bei Überlastung der Wirbelsäule entstehen.

Der Rechnung ist zugrunde zu legen die Stellung der Wirbelsäule bei indifferenter aufrechter Mittelstellung. In dieser steht die Wirbelsäule senkrecht, ihre Endquerschnitte sind an die Horizontalebenen der Blickebene und des Fußbodens gebunden. Unter diesen Bedingungen verbiegt sich eine Tragsäule im Falle der Überlastung unter Bildung einer Haupt- und zweier Gegenkrümmungen.

Eine Konstruktionseigentümlichkeit der Wirbelsäule ist die Zusammensetzung aus den einzelnen Wirbeln. Teilt man eine Säule in entsprechende Abschnitte, so gewinnen diese im Falle der Verbiegung, soweit sie in den Bereich der Krümmungen fallen, eine keilförmige Gestaltveränderung dadurch, daß sie sich im Bereiche der Konkavitäten verkürzen, in dem der Konvexitäten verlängern. So erklärt sich die Keilwirbelbildung bei der Skoliose.

Eine weitere Konstruktionseigentümlichkeit ist die Zusammensetzung der Wirbelsäule aus der Körper- und der Bogenreihe. Die Körperreihe ist die eigentliche Tragsäule, die Bogenreihe bildet für diese eine auf die Peripherie leistenartig aufgesetzte Verstärkung. Eine derartige Säule hat eine Prädisposition für die Ausschlagsrichtung etwaiger Überlastungsverbiegungen; diese schlagen, wenn nicht besondere Umstände hinzukommen, seitlich aus.

Weiter macht eine solche Säule bei seitlicher Verbiegung eigenartige Bewegungen in sich. Da die Verstärkungsleiste dem Teile des Säulenquerschnittes, an welchem sie ansetzt, mehr zugute kommt, als dem auf der Peripherie gegenüber gelegenen, so muß sich letzterer bei Überlastung weiter von seiner ursprünglichen Lage wegbewegen als ersterer; daraus entsteht eine Drehbewegung, welche am deutlichsten auf Scheitelhöhe der Biegung sich markiert. Auf dem dorthin fallenden Querschnitte der Säule muß der dem Ansatzpunkte der Verstärkungsleiste gegenüberliegende Punkt jenem gegenüber nach der Richtung des Ausschlages der Biegung zu weggedreht erscheinen.

Dieselbe Bewegung muß an der Verstärkungsleiste auftreten; denn auch diese ist eine Säule, und für diese ist die Säule peripher angesetzte Verstärkungsleiste. Aus der Kombination dieser beiden Bewegungen ergiebt sich, daß der enteroposteriore Durchmesser der Säule sich mit seiner ursprünglichen Lage in einen Winkel stellt, dessen Spitze nach der Verstärkungsleiste zu liegt, und daß der anteroposteriore Durchmesser der Säule mit dem der Verstärkungsleiste einen Winkel bildet, welcher auf der Seite des Krümmungsausschlages liegt und kleiner als 180° ist.

Es ergeben sich damit die eigenartigen Veränderungen, welche wir am Keilwirbel als Ausdruck der Torsion kennen.

Es ist wahrscheinlich, daß die Pressung, welche die Säulenmasse in der Konkavität erfährt, dazu beiträgt, diese Veränderungen zu erhöhen.

Infolge der festen Verbindung, welche zwischen der Wirbelsäule und dem Rippenkorbe besteht, muß letzterer den Formveränderungen der Wirbelsäule folgen, wie ein Zylindermantel, welcher fest mit einer Säule verbunden ist, Gestaltveränderungen der Säule folgt.

Gibt man einer solchen Säule die Gestaltveränderungen, welche bei der skoliotischen Wirbelsäule vorhanden sind, so wird ein solcher Zylindermantel im Bereiche der Konkavitäten zusammengestaucht, im Bereiche der Konvexitäten auseinandergezogen. Die Querschnittsfigur ändert sich auf der Scheitelhöhe der Krümmung derart, daß eine Abflachung der Krümmung an der Verbindung von Säule und Zylindermantel in der Konkavität, eine Verschärfung auf der Konvexität eintritt. Es entstehen also die für die Rippenbuckelbildung charakteristischen Veränderungen.

Es lassen sich noch weitere Details berechnen; betreffs dieser, sowie betreffs der Veränderungen, welche als Reaktionserscheinungen des lebenden Organismus auftreten, und endlich betreffs der Folgerungen, welche sich für die Therapie der Skoliose ergeben, verweist Redner auf seine Monographie: Die statischen Belastungsdeformitäten der Wirbelsäule. Stuttgart, F. Enke, 1904.

Er glaubt, daß hier die vorgeführten Rechnungen genügen, die gestellte Frage zu beantworten: Die Skoliosen, welche den eingangs angeführten Symptomenkomplex zeigen, sind Deformitäten, welche in ihren charakteristischen Formen aus statischer Überlastung der Wirbelsäule entstanden sind.

Zum Schluß macht S. den Vorschlag, diese Skoliosen im System der Wirbelsäulendeformitäten als eine ätiologisch einheitliche Gruppe von den übrigen seitlichen Verbiegungen der Wirbelsäule unter dem Namen Überlastungsskoliosen abzutrennen. (Selbstbericht.)

3) W. Schulthess: Die Pathologie der Skoliose.

In der Technik der Messung der Skoliose habe ich insofern einen Fortschritt zu verzeichnen, als es mir gelungen ist, meinen Meßapparat so umzuändern, daß damit Vollkonturen neben allen übrigen Meßbildern in annähernd derselben Zeit, 3—4 Minuten, hergestellt werden können.

Die Skoliose besteht in einer Abweichung der Wirbelsäule vom sagittalen Verlauf oder in einer seitwärts gerichteten Ausbiegung, nach dem Ausdrucke der Mathematiker Durchbiegung. Wir müssen die Skoliose morphologisch betrachten, weil die Wirbelsäule bei allen Deformitäten, gemäß ihrer eigentümlichen Mechanik, auf Formstörungen verschiedenster Art bis zu einem gewissen Grade gleichartig reagiert, und ätiologisch, weil sie ein Symptom von pathologischen Zuständen verschiedenster Art ist.

Das Studium der Lage der Abbiegungspunkte hat gezeigt, daß es mehr linkskonvexe wie rechtskonvexe gibt; die linkskonvexen liegen am häufigsten in der Höhe der lumbodorsalen Grenze, die rechtskonvexen am 6.—8. Brustwirbel. Diese Asymmetrie erklärt sich durch die Rechtshändigkeit, die Abflachung der Wirbelkörper durch die Aorta und eine Asymmetrie der Bewegung, welche im Leichenexperimente häufig vorhanden, aber bis heute noch nicht vollständig erklärt ist. Die Form der Abbiegung findet anfänglich nicht, wie meistens angenommen, in der Form der Biegung eines oben und unten eingespannten Stabes statt, sondern in der Form eines unten fixierten, oben nur zur vertikalen Haltung gezwungenen, aber sonst in jeder Richtung verschiebbaren Stabes. Eine Unmenge von Skoliosen zeigen, daß die Dornfortsatzlinie am oberen Ende nicht mehr zur Vertikalen über dem Kreuzbeine zurückkehrt.

Die klinische Formeneinteilung unterscheidet heute: Total-, Dorsal- und Lumbalskoliosen nebst den typischen Zwischenformen der cervikodorsalen und lumbodorsalen. Die häufigste Form ist die Totalskoliose, nicht in den Instituten, dagegen bei Schüleruntersuchungen. Die häufigste Form in den Instituten ist die mit deutlich nachweisbaren Gegenkrümmungen verlaufende komplizierte Dorsal-

skoliose. Die Totalskoliose zeigt meistens eine nach der konkaven Seite gerichtete Torsion, während bei anderen Formen die nach der konvexen Seite gerichtete allgemein vorhanden ist. Die schwersten Formen verlaufen gewöhnlich in einem vom Kreuzbeine beginnenden, bis zur Halswirbelsäule hinaufreichenden Bogen. Die Veränderungen des Thorax sind sekundär, was deutlich durch diejenigen Fälle bewiesen wird, welche zwei- und dreifache Torsionserscheinungen am Thorax nachweisen lassen. Die Idee Zuppinger's von der ätiologischen Bedeutung der primären Thoraxdeformität ist unhaltbar. Die Schädigungen der inneren Organe treten in allen Fällen auf, welche zu einer starken Verkürzung des Rumpfes geführt haben.

Die Prüfungen der Formen in den verschiedenen Altersjahren hat ergeben, daß das Frequenzmaximum der rechtskonvexen Abbiegungen immer in der Höhe des 6.—8. Brustwirbels, dasjenige der linkskonvexen im 8. Jahre höher steht, 8. bis 10. Brustwirbel, und später zum 1. und 2. Lendenwirbel sinkt. Jüngere Kinder haben mehr linkskonvexe, ältere mehr rechtskonvexe Skoliosen. Die Zahl der Nebenkrümmungen vermehrt sich stetig.

Die beiden Geschlechter zeigen in den Anstaltsstatistiken 14% Frequenz für das männliche, 86% für das weibliche. Schülerstatistiken geben ungefähr gleichviel männliche und weibliche Skoliosen; die Totalskoliosen herrschen dort vor, die Lumbalskoliosen beim weiblichen Geschlecht. Im ganzen findet man mehr Abbiegungen in den oberen Segmenten beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht.

Vom ätiologischen Standpunkte aus ist die Skoliose als ein Symptom pathologischer Zustände oder unphysiologischer Funktion zu betrachten.

Wir unterscheiden:

1) Skoliosen durch primäre Formstörungen, kongenitale.

2) Skoliosen durch Erkrankungen und erworbene Anomalien der Wirbelsäule.

3) Skoliosen durch sekundäre Formstörungen infolge von Erkrankungen und Verletzungen von Organen außerhalb der Wirbelsäule oder durch unphysiologische Abänderung der Funktion entstanden.

Die zweite Gruppe bezeichnen wir als osteopathisch-funktionelle; die Krankheit zerstört die Festigkeit der Wirbelsäule oder beschränkt ihre Funktionsfähigkeit, so daß sie mechanisch insuffizient ist; die mechanische Inanspruchnahme durch die Funktion führt zur Deformität.

In dieser Gruppe finden wir die größte Masse der Skoliosen, vor allem die rachitische, die auf der Konstitutionsschwäche des Skelettes beruhen, auch als konstitutionelle bezeichnete. Dieser Begriff deckt sich ungefähr mit demjenigen der habituellen Skoliose, ist aber weniger verwirrend, weil er die habituelle Stellung als Ausgangspunkt nicht präjudiziert. Es ist sehr schwierig, in manchen Fällen die rachitische Skoliose von der konstitutionellen zu unterscheiden; die rachitische spielt nach unserer Meinung eine größere Rolle als man glaubt. Man muß nach der primären mechanischen Schädigung, welche die rachitische Wirbelsäule in früher Zeit erfahren hat, an eine Art deformierender Nachwirkung denken, verursacht durch die Veränderung des Wachstums in den ursprünglich primär deformierten Teilen. (In einer Tabelle werden sämtliche Unterarten aufgeführt.)

Die Skoliosen durch sekundäre Formstörungen verdienen den Namen der funktionellen im weiteren Sinne, weil es sich hier um diejenigen handelt, welche infolge von Abnormitäten an den Extremitäten, am Thorax oder auch an irgendeinem anderen Organe, z. B. Respirationsorganen, entstanden sind. Die größte Rolle spielen hier die Erkrankungen der Unterextremität und des Nervensystems. An einigen Beispielen wird gezeigt, wie die Verkürzung der Unterextremität und ihre Funktionsbeschränkung nach verschiedener Richtung auf die Wirbelsäule einwirkt.

Die zweite Unterabteilung der Skoliosen durch sekundäre Formstörungen, die rein funktionellen, umfassen die Berufsskoliosen und bis zu einem gewissen Grade die Schulskoliose. Als Schulskoliose glauben wir nur die linkskonvexe Totalskoliose ansprechen zu dürfen; ihr Prozentsatz ist in den Schüleruntersuchungen bis auf 13% gestiegen, während die übrigen Formen nur mit 2 bis 5% nachgewiesen sind. Das wesentliche an der Schulschädigung ist die Gelegenheit, welche dem Kind aus der Schulbeschäftigung erwächst, der ihm von Natur aus bequemen Haltung nachzuhängen; da die Bequemlichkeit der Haltung von der anatomischen Skelettbeschaffenheit, event. von Fehlern abhängt, so begünstigt sie die pathologischen Formen. Die Bezeichnung Belastungsdeformität für die Skoliose sollte aufgegeben werden. Das wesentliche in der Funktion der Wirbelsäule ist, wie die Übersicht über die Pathologie zeigt, nicht die Belastung, sondern der aus der Muskelarbeit hervorgehende Längsdruck; darauf deutet die ungemeine Ähnlichkeit der Tierskoliose mit der menschlichen, sowie die neueren Forschungen über die Funktion des Bewegungsapparates mit ihrem Einfluß auf den Knochenbau. (Selbstbericht.)

4) Riedinger (Würzburg]: Über die mechanische Entstehung der Skoliose.

Nach den Ausführungen des Vortr. umfaßt die Bezeichnung Mechanik der Skoliose alle Vorgänge, sowohl die dynamischen als die statischen. Der Effekt am Knochensystem ist immer ein statischer. Dieser Effekt sollte mehr vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus betrachtet werden. Von diesem Standpunkt aus lassen sich die morphologischen Veränderungen besser als Mechanismus der Skoliose bezeichnen. Die Ätiologie ist eine andere Frage.

R. hat früher schon in einer Arbeit die Meyer-Albert'sche Rotationstheorie durch den Nachweis der Beanspruchung auf Zerknickung erweitert und damit erst den Mechanismus der Gesamtskoliose ganz erklärt. Außerdem hat er die statischen Grundgesetze und die morphologischen Veränderungen geschildert. Er ist jetzt der Meinung, daß es zwei Typen der Skoliose hinsichtlich der Form gibt, einen C- und einen S-förmigen Typus. Der kyphotische Abschnitt der C- oder S-förmigen Skoliose stellt stets die primäre, der lordotische Abschnitt stets die sekundäre Verbiegung dar. (Selbstbericht.)

5) Reiner (Wien) berichtet über eine von ihm gemeinschaftlich mit Dr. Werndorff ausgeführte Untersuchungsreihe über den normalen Bewegungsmechanismus der Wirbelsäule. Die Kenntnis derselben ist von besonderer Wichtigkeit für die Lehre vom Mechanismus der Skoliose. Die bisherigen Untersuchungsmethoden sind aber gänzlich unzulänglich. An einem von den Autoren hergestellten Modelle weist Vortr. nach, daß von vielen Untersuchern fälschlich Rotationserscheinungen angenommen wurden, wo solche gar nicht vorhanden waren; die Rotation wurde durch Flexion um eine inklinierte Achse vorgetäuscht. Die Analyse der komplizierten Bewegungen, welche jeder einzelne Wirbel ausführt (nämlich Lokomotion nach allen drei Dimensionen und überdies Drehungen um alle drei Achsen des Raumes), ist nur vermittels der orthogonalen Parallelprojektion auf zwei aufeinander senkrechten Projektionsebenen möglich. Der von den Autoren konstruierte Apparat entspricht diesen Bedingungen. Die erhaltenen Projektionsfiguren wurden nach den Regeln der darstellenden Geometrie auf konstruktivem Wege verwertet. Geprüft wurden von den Autoren die Rotationserscheinungen bei Inklination (durch Seitwärtsabbiegung der Wirbelsäule) und bei Knickung (durch vertikale Belastung). Verff. haben bis jetzt nur Konvextorsion nachweisen können. (Selbstbericht.)

6) Spitzy (Graz): Der Vortr. bespricht die Bedeutung der Rachitis in allen ihren Abstufungen, die neueren Ansichten über ihre Ätiologie und ihre Beziehungen zur Osteomalakie. Letzteres insbesondere, soweit beide Krankheiten als ätiologische Momente in der Genese der Skoliose in Betracht kommen. Von den auf rachitischer Basis entstehenden Deformitäten werden die Verkrümmungen der rachitischen Wirbelsäule hervorgehoben. Die rachitische

Sitzkyphose birgt oft auch eine laterale Abweichung. Die Skoliosen ändern sich in ihrem Typus nach ihrer Entstehungszeit. Zur Sitzzeit entstandene oder aus Kyphosen hervorgegangene Skoliosen sind entweder Totalskoliosen oder kurzbogige mehrfache Skoliosen; die schon in der Lokomotionszeit sich bildenden unterscheiden sich nicht von den habituellen.

Redner macht auf die Wichtigkeit der statischen Krümmungen bei Anwesenheit von Rachitis aufmerksam.

Prophylaktisch ist vernünftige Säuglingspflege, Vermeidung zu frühen Aufrichtens, Unterstützung der Kriechperiode, habituelle Bauchlage und der Gebrauch des Eppstein'schen Schaukelstuhles neben den bereits bekannten therapeutischen Hilfsmitteln empfohlen. (Selbstbericht.)

7) Ludloff (Breslau) demonstriert zwei Apparate zur exakten Messung und graphischen Darstellung der Beweglichkeit der Wirbelsäule und des Kopfes mit den dazu gehörigen Kurven.

Der erste Apparat ist eine Modifikation des Schulthess'schen Nivelliertrapezes. Mit ihm wird die Wirbelsäule in stehender, stehend gebeugter, sitzend gebeugter Haltung und in Bauchlage usw. in bestimmten Abschnitten abgetastet und die so für die einzelnen kleinen Abschnitte gewonnenen Winkelwerte zwischen Lot und Basis der Zirkelspitzen mit Hilfe eines Transporteurs auf Millimeterpapier aufgezeichnet. Man erhält so gebrochene Kurven, die die Stellung der Wirbelsäule in der Sagittalebene wiedergeben. Diese so gewonnenen Kurven lassen sich genau und einfach vergleichen. Man erhält so eine exakte graphische Darstellung, wie sich die einzelnen Reste der Wirbelsäule gegeneinander bewegt haben, resp. ob ein größerer oder geringerer Teil der Wirbelsäule steif gehalten wird usw.

Der zweite Apparat dient zur genauen Messung der Rotation des Kopfes usw. und besteht aus einem Kompaß, der auf einem niedrigen Dreifuß mit Hilfe einer Gummischnur auf dem Kopfe befestigt wird. Wenn man zuerst den Süd- oder Nordpol der Nadel mit dem Nullpunkt der Gradeinteilung und der Nasenbeinmitte genau einvisiert hat, kann man dann bei Rotation des Kopfes nach rechts und links bis auf 1 Grad genau an der Stellung der Kompaßnadel den Winkel zwischen der Sagittalachse des Kopfes und der Sagittalachse des Körpers ablesen. Die Benutzung der Apparate ist eine mannigfaltige für Bewegungen in der Sagittalebene und in der Horizontalebene. (Selbstbericht.)

8) Stein (Wiesbaden) bespricht die Technik der photographischen Skoliosenmessung.

9) Heusner (Barmen) und

10) Kaisin (Floreffe): Demonstration neuer Skoliosenapparate.

11) Gerson (Berlin): Zur Technik des Gipskorsettes.

G. hat das Gipskorsett zugleich abnehmbar und elastisch gemacht. Dem elastischen Thorax entspricht ja am meisten eine elastische Hülle. G. legt im Wullstein'schen Extensionsrahmen über einem eng anschließenden Trikot die Gipsbinden exakt an und wickelt zum Schluß mit den letzten zwei Bindentouren vorn und hinten je zwei mit Haken versehene feuchte Segelleinenstreifen ein. Die Haken werden mit einem Messer freigelegt und mit einem großen Salbenspatel hervorgehebelt. Nach 4 Tagen schneidet man nun einen 2 cm breiten Gipsstreifen zwischen den Haken vorn und hinten aus, durchtrennt zugleich das Trikot. Man nimmt darauf beide Korsetthälften ab und zieht der Pat. ein enganschließendes dickes Trikot (Sweater) an und schnürt darüber der in Extension gebrachten Pat. die beiden Korsetthälften vorn und hinten mit zwei starken Gummibändern zusammen. Das Korsett schließt dann enger an, wie aus dem Vergleich des Abstandes der Haken vor und nach dem Aufschneiden des Korsettes trotz untergezogenen Trikots ersichtlich und läßt doch der Atmung vermöge der elastischen Züge freieren Spielraum, als ein unelastisches, wie spirometrische Messungen ergaben. Da das G.'sche Korsett abnehmbar ist, können die Pat. gleichzeitig Gymnastik treiben und massiert werden. Zur Abnahme des Korsettes löst man nur die vordere Schnürung. Die durch die Gymnastik gesteigerte Redression der

Wirbelsäule wird durch das Korsett festgehalten, indem man die elastische Schnürung im Laufe der Wochen fester gestaltet. Auch der Körperpflege kann man gerecht werden. Für die heißere Jahreszeit läßt G. nach demselben Prinzip abnehmbare, elastische Korsetts aus Zelluloid anfertigen. Mit diesen G.'schen Korsetts ist Hoffa sehr zufrieden. Vorteile desselben: Freiere Atmung, engeres Anliegen, bessere Redression, Abnehmbarkeit und daher gleichzeitig Massage und Gymnastik, genügende Körperpflege. (Selbstbericht.)

12) H. Legal (Breslau): Redressionsapparat für Deformitäten der Wirbelsäule.

L. demonstriert einen Apparat, der 1) zur täglichen Behandlung der Skoliose, 2) zur Anlegung von Gipsverbänden bei schwerer Skoliose und Spondylitis in redressierter Stellung, 3) zur orthopädischen Behandlung bezw. Nachbehandlung bei Schiefhals dient. Das Wesentliche am Apparat ist, daß der Extension am Kopfe vermittels Drahtseil und Spindel eine Gegenextension unmittelbar am Becken entgegenwirkt. Letzteres wird durch eine einfache über die Cristae ilei bezw. das Kreuzbein geführte Bandage an einer Beckenplatte fixiert, die durch zwei Spindeln gleichmäßig und auch einseitig tiefer gezogen werden kann. Einerseits ist dadurch eine Distraktion der Hüftgelenke völlig ausgeschlossen, andererseits wird die Lordose der Lendenwirbelsäule beibehalten oder gar vermehrt. Die Redression geschieht durch Gurte, die an zwei in der Höhe verstellbaren Eisenbügeln bezw. den Pfosten des Apparates befestigt sind. Bei Anlegung von Gipsverbänden werden Beckenbandage, Gurte und Kopfhalter durch starken (weißen, englischen) Filz ersetzt, der im Verbande liegen bleibt und gleichzeitig als Verstärkung der Polsterung die dem Druck am meisten ausgesetzten Stellen vor Dekubitus schützt. Die Eisenbügel stören beim Verbande absolut nicht und sind nach Anlegung desselben sehr leicht zu entfernen.

Bei der Schiefhalsbehandlung dient die Beckenplatte zur Fixierung der Schultern. Die Redression wird durch seitliche Befestigung der Extensionsschnur am Extensionsbügel und durch Gewichtszug ausgeübt, der an dem den Kopf fest umfassenden Kopfhalter angreift. (Selbstbericht.)

Diskussion. Schulthess (Zürich): In bezug auf die Rotation und Torsion der Wirbelsäule möchte ich darauf hinweisen, daß bei der Drehung seitwärts gebogener Körper ein allgemein gültiges Gesetz in Frage kommt: Eine Drehung findet bei Seitwärtsbeugung immer dann statt, wenn der Körper, in der Beugungsrichtung betrachtet, nicht symmetrisch gebaut ist, oder wenn die beugenden Kräfte nicht symmetrisch oder in der Symmetrieebene angreifen.

Die Wirbelsäule wird sich demnach bei Beugungen in sagittaler Richtung nicht drehen, wenn sie ideal gewachsen ist, sie muß sich drehen bei Seitenbeugungen. Es ist demnach nicht wunderbar, daß sich die Wirbelsäule bei Seitenbiegung dreht, vielmehr ist es wunderbar, daß sie sich in bestimmten Stellungen, wie Lovett festgestellt hat, nicht dreht. Man kann deshalb hunderte von Modellen herstellen; wenn die in obigem Gesetz eingeschlossenen Bedingungen erfüllt sind, wird die Drehung eintreten. Obiges Gesetz umfaßt noch sämtliche Theorien der Torsion und sagt uns, daß es nicht an der Differenz der Körper- und Bogenreihe liegt, wenn die Drehung der Wirbelsäule eintritt; es würde genügen, daß dieselbe eine leichte sagittale Biegung besitzt, um bei Seitenbiegung oder lateraler Durchbiegung das Eintreten der Rotation zu erklären.

(Selbstbericht.)

Riedinger erwähnt, daß man über die Rotationsfähigkeit der Lendenwirbelsäule noch verschiedener Meinung sei. Die »Verstärkungsleiste«, welche Schanz in der Bogenreihe sucht, kann R. nicht anerkennen. H. Meyer habe nachgewiesen, daß die Bogenreihe der Wirbelsäule stärker kompressibel ist. (Selbstbericht.)

(Schluß folgt.)

7) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

148. Sitzung am 19. Juni 1905.

Vorsitzender: Herr Hildebrand.

1) Herr Hildebrand: Über ischämische Muskellähmung und ihre Behandlung.

Seit Volkmann und Leser hat man bei der ischämischen Muskellähmung allein eine Beeinträchtigung der Muskulatur angenommen und die Nervenschädigung abgelehnt, weil man keine Sensibilitätsstörungen fand. Das ist nicht richtig. An einem von H. vorgestellten Pat. mit Kontraktur der Hand ist die Sensibiltät im N. ulnaris und medianus erloschen. — Die Ischämie am Vorderarme kommt vor hauptsächlich bei Humerusfrakturen dicht über dem Ellbogen und bei Vorderarmfrakturen in der Mitte. Bei ersteren, die gewöhnlich mit erheblicher Dislokation und starkem Bluterguß einhergehen, hat man Obliteration der Art. cubitalis beobachtet, wohl infolge Verletzung ihrer Intima. Dabei müssen selbstverständlich Muskeln wie Nerven durch primäre arterielle Ischämie in der Ernährung leiden. Tritt noch Stauung hinzu, z. B. durch einen Verband, so erfolgen weitere Veränderungen auch im Nerven. Bei Vorderarmfrakturen ist primäre Ischämie unwahrscheinlicher, sie entwickelt sich wohl in der Regel sekundär nach voraufgegangener Venenstauung bei festem Verbande. Dabei leiden wiederum Muskeln und Nerven. In beiden Fällen treten primäre Nervenstörungen auf; sie sind auch experimentell durch Lapinski's Untersuchungen (Ligatur der Art. iliaca comm.) erwiesen, die frühzeitige Degenerationserscheinungen am Nerven ergaben. Weiterhin sind die Nerven sekundär einer Schädigung ausgesetzt, wenn die schrumpfenden Muskeln auf sie drücken und eine Regeneration verhindern. Diesen letzteren Gedanken hat H. therapeutisch verwertet; er hat die Nerven — es kommen nur der N. ulnaris und medianus in Betracht — aus den harten steifen Muskeln befreit und unter die Fascie verlagert (Demonstration eines entsprechend präparierten Vorderarmes). Unter 4 Fällen hat er einmal mit Erfolg operiert; entscheidend für den Erfolg erscheint es, daß man früh operiert, ehe die Nerven zerdrückt sind. In vorgeschrittenen Fällen empfiehlt sich an der Übergangsstelle vom normalen zum degenerierten Nerven eine Anfrischung des Nerven und Nervennaht. H. demonstriert noch ein Injektionspräparat, welches die reiche Versorgung der Nerven mit arteriellen Gefäßen erkennen läßt.

2) Herr Hildebrand: Über Muskeltransplantation.

Bei einem paralytischen Schlottergelenk der Schulter nach Poliomyelitis acuta hat Herr Prof. H. als Ersatz für den gelähmten M. deltoideus den M. pectoralis major verwandt: »Freilegung desselben von einem großen Winkelschnitt aus, Durchtrennung des Pectoralis major hart am Sternum und Clavicula unter Schonung der großen Gefäße und der Nerven, Drehung desselben um 90° auf den gelähmten Deltoideus und Anheftung der gelösten Ränder am lateralen Drittel der Clavicula und am Acromion in einer in den Knochen geschnittenen Rinne. Der Muskel wirkt jetzt im Sinne der Elevation und Adduktion. Der Humerus wurde fest in die Pfanne gestellt. Verband bei horizontal eleviertem Arme.« Voller Erfolg; schon nach 6 Wochen war die Elevation des Armes bis zur horizontalen möglich. Es wurde also nicht nur der Ursprung, sondern auch die Zugrichtung verlegt. Weiter wurde der Muskel fast ganz abgelöst, was man früher sehr fürchtete, weil man sah, daß der Muskel durch Störungen des Kreislaufes außerordentlich beeinträchtigt wurde. H. hat aber schon in Basel experimentell festgestellt, daß ein Muskel, wenn er durch intakte Nerven mit seinem motorischen und trophischen Zentrum in Verbindung ist, nicht zugrunde geht, falls man nur die mit den Nerven eintretenden Gefäße erhält. Der Vortr. hat diese Experimente wiederholt.

Diskussion: Herr Hoffa hat bei ähnlichen Fällen spinaler Kinderlähmung den M. cucullaris von der Clavicula abgelöst, heruntergezogen und auf den M. deltoideus genäht. Diese Operation, ein Ersatz für die Arthrodese, leistet mehr als diese, weil die Pat. danach die Hand bis auf den Kopf bringen.

Herr Hildebrand: Ein solches Vorgehen war hier nicht möglich, weil der Cucullaris mit gelähmt war.

Herr Katzenstein bemerkt zu den Experimenten des Herrn Hildebrand, daß die Erhaltung einer hinreichenden arteriellen Blutzufuhr für die Muskelfunktion sehr wesentlich sei.

Herr Hildebrand weist darauf hin, das nicht die Nervenarterien allein für die Ernährung in Betracht kommen, sondern auch die Blutgefäßverbindungen an der Basis und betont noch einmal, daß die Nerven bei den ischämischen Muskellähmungen eine große Rolle spielen.

Herr Hoffa ist ebenfalls der Ansicht, daß die Nerven bei den ischämischen Muskellähmungen eine Rolle spielen.

3) Herr Pels-Leusden: Über abnorme Epithelisierung.

Die nach oberflächlichen Hauttuberkulosen mit Zerfall und Bildung entstehenden brückenförmigen und sinusartigen Vernarbungen hat man stets durch nach innen wachsen des Oberflächenepithels erklärt. P. hat nun Epithelisierungen in allseitig geschlossenen oberflächlichen Hauttuberkulosen gefunden, wovon er ein Präparat demonstriert; der Epidermissaum stand offenbar mit Ausführungsgängen von Talgdrüsen und Haarbälgen im Zusammenhange. Für die Therapie ergibt sich daraus die Lehre, die Skrofulodermen zu exstirpieren oder wenigstens alle überhängenden Hautpartien abzutragen. Die Regeneration von Oberflächenepithel aus den Anhangsgebilden der Haut ist bei oberflächlichen Substanzverlusten in Form der inselförmigen Epidermisierung bekannt; selbst bei tieferen Substanzverlusten wird sie bewirkt durch die bis ins Fettgewebe reichenden Schweißdrüsen. (Demonstration eines in dem Buche von Marchand abgebildeten Präparates.) P.-L. hat die Frage experimentell verfolgt und Epidermisierungen subkutaner Hohlräume künstlich erzeugt. Er hat kleine Magnesiumplättchen in mittels Tenotoms hergestellte flache Hauttaschen des Kaninchenohres eingelegt; die oberflächliche Hautwunde heilt rasch; das Magnesium wird langsam resorbiert; um es herum erfolgt eine vollständige Epidermisierung des Hohlraumes mit Ausbildung einer der normalen Epidermis in allen Schichten gleichenden Epidermis. Daß mit dem sehr spitzen und scharfen Tenotom Epidermiskeime in die Tiefe verlagert wären, dürfte ausgeschlossen sein, da isolierte Epidermiszellen oder -Läppchen ausnahmslos zugrunde gehen, während Epidermis und Cutis einheilt und Anlaß zur Bildung einer Epithelcyste gibt. In ähnlicher Weise muß man sich die Epidermisierung der Skrofulodermen, sowie die Entstehung der traumatischen Epithelcysten vorstellen, wobei die wesentliche Vorbedingung das Vorhandensein eines Hohlraumes im Bereiche der Anhangsgebilde der Haut ist. Für letztere ist diese Annahme vielfach plausibler als die der Verlagerung eines Hautstückchens (nach Kaufmann und Schweninger); kommen sie doch gewöhnlich in der Hohlhand vor, wo die Haut durch ihre Derbheit dem Niederdrücken einer zirkumskripten Partie den größten Widerstand entgegensetzt.

Gerade an der Vola manus reichen die Enden der Schweißdrüsen sehr weit in die Tiefe. P. glaubt, daß schon ein Blutkoagulum imstande sein kann, genügend lange einen Hohlraum zu erhalten. Daß man Fremdkörper relativ selten in den traumatischen Epithelcysten gefunden hat, kann auf Übersehen beruhen; sie können auch bereits aufgelöst gewesen sein, als die Cyste untersucht wurde. An einer durch Exstirpation gewonnenen Epithelcyste, welche P. demonstriert, sieht man bis weit in die Tiefe hinein eine große Anzahl von Schweißdrüsen.

Diskussion. Herr Lexer erwähnt einen von ihm operierten Fall von traumatischer Epithelcyste, wo er deren Entstehung aus verlagerten Epidermiskeimen mit Bestimmtheit nachweisen konnte. Dieselbe beherbergte neben dem gewöhnlichen Detritus eine Schrotkugel, welche wie mit einer Haube von einem kleinen Stück der schwieligen Haut bedeckt war; die Haut machte einen Teil der Cystenwand aus, die im übrigen Plattenepithel aufwies.

Herr Pels-Leusden betont, daß ihm nicht für alle Epithelcysten, wohl aber für die Mehrzahl seine Erklärung als die einfachere erscheint. Zum Beweise der

Verlagerung zirkumskripter Hautstückchen müßte man auch die zu ihnen gehörigen Anhangsgebilde nachweisen können; das sei bisher vereinzelt beschrieben worden.

4) Herr Milner: Über Spina bifida occulta.

An der Hand von fünf Fällen, welche durch Vorstellung zweier Pat., durch Röntgenbilder und Photographien veranschaulicht werden, bespricht M. die Spina bifida occulta. Er glaubt, daß sie nicht selten übersehen wird; in der Lumbosakralgegend kann Hypertrichose auf sie hinweisen; in den höheren Abschnitten fehlt diese oft; da soll man besonders auf Teleangiektasien achten. Häufig bringt das Röntgenbild Aufklärung (ein Fall); bisweilen, besonders am Kreuzbeine, kann die Betastung mehr leisten als die Röntgenplatte. Für die Hypertrichose bei Spina bifida occulta erscheint besonders die konzentrische Haarrichtung charakteristisch als Erklärung für ihr Auftreten akzeptiert M. einen Hinweis Katzenstein's, daß ausbleibender oder verspäteter Schluß des Ektoblasts eine Ursache für verstärkte Haarbildung sei. Bei der atypischen, noch physiologischen Hypertrichose der Lumbosakralgegend eines vorgestellten Pat. konvergierten die Haare deutlich nach dem Steißbeine hin. Ätiologisch sind die cystischen und okkulten Formen nicht zu trennen, die letzteren sind die geringer gebliebenen oder rückgängig gewordenen cystischen Arten. Erblichkeit oder gehäuftes Auftreten in einer Familie wird so gut wie nie beobachtet; wahrscheinlicher kommen äußere Ursachen (Verwachsungen des Amnion, einfacher Druck) und Hydromyelie in Betracht. Chirurgische Behandlung erfordern diejenigen Fälle, bei denen ein derber Strang von der äußeren Haut, bestehend aus Bindegewebe, Fett, Muskeln, durch den festen Abschluß des Wirbelkanales hindurch zum unteren Ende des Rückenmarkes zieht. Dieser Strang spannt, da er nicht wächst, das Mark im Laufe der Jahre sehr fest gegen den unteren Rand des hinteren Abschlusses des Wirbelkanales, der sog. Membrana reuniens, an und führt so zu den verschiedenen Lähmungen sensibler, motorischer (auch von Blase, Mastdarm), trophischer Natur. Diese entwickeln sich am Ende des 1. und 2. Dezenniums. Die Exstirpation des Verbindungsstranges oder die Inzision der Membrana reuniens hat in vier Fällen zu einer wesentlichen Besserung geführt. Herr Geh.-Rat Hildebrand hat einmal ohne Erfolg operiert.

Diskussion. Herr Hildebrand bemerkt dazu, daß zwar ein Strang sich fand, daß der aber nicht auf das Mark hin ging, sondern nur bis zum Kreuzbeine führte. Erst nach Spaltung der Häute fanden sich vom Rückenmark ausgehende, an die Häute angewachsene Nervenstränge. Die Verwachsungsstelle wurde umschnitten, in die Tiefe gelagert und darüber zugenäht, aber ohne Erfolg.

5) Herr Lessing: Die Lageveränderungen des Dickdarmes bei Aufblähung.

L. studierte bei seinen Leichenversuchen verschiedene praktisch wichtige Fragen. Zunächst untersuchte er, wie eine allmählich zunehmende Ausdehnung des Coecum seine und der Appendix gegenseitige Lagerung beeinflußt. Mit zunehmender Ausdehnung wird das Coecum in der Richtung seiner Längsachse nach vorn unten verschoben und seine Wand den Bauchdecken genähert. Die Basis der Appendix macht diesen Lagewechsel mit; in allen Fällen, wo dessen Mesenteriolum mehr oder minder geschrumpft ist, wird der Wurmfortsatz an die Coecal- oder hintere Bauchwand herangezogen und zugleich gedehnt und gezerrt; das bedeutet eine Behinderung der Zirkulation. Bestehende Knickungen wurden immer verstärkt. So begünstigt die im akuten Stadium immer vorhandene Coecalblähung die Perforation oder Gangrän. Die Opiumtherapie, die den Dickdarmmeteorismus verstärkt, ist auf Grund dieser Untersuchungen zu verwerfen.

Bei Aufblähung des Colon transversum wurde Kantenstellung der Leber nur dann beobachtet, wenn dasselbe ganz oder im proximalen Teile mit kurzem Mesenterium quer durch das Epigastrium zog, was unter 50 Leichen 10mal der Fall war. Der diagnostische Wert verkleinerter Leberdämpfung als Frühsymptom fortschreitender Peritonitis kann danach nur ein geringer sein.

Breite Vernähung der lateralen, dem linken Darmbeinkamme zugekehrten Wundflächen der Schenkel der Flex. sigmoidea behinderte bei Aufblähung in keiner

Weise die Aufrichtung der Flexur aus großem oder kleinem Becken, vorausgesetzt daß die Entfaltung des Mesenteriums nicht durch Schrumpfung (Adhaesiones perit. inf. nach Gersuny) behindert war. Bei der Aufblähung wird der sich zuerst füllende Kolonschenkel an die Anheftungsstelle seines Mesenteriums herangezogen und zieht damit den angenähten Mastdarmschenkel mit empor; einer Einstülpung der Pars pelvina recti in die Ampulle wird damit energisch vorgebeugt. So gibt dieses bei der Kolopexie geübte Verfahren nicht zu der Befürchtung (v. Eiselsberg) Veranlassung, es werde dadurch eine Disposition zum Volvulus geschaffen.

6) Herr Neuhaus: Gefäßversorgung des Hodens und Nebenhodens.

N. hat die Gefäßverteilung im Hoden und Nebenhoden studiert an mit Quecksilber-Terpentinöllösung injizierten Organen, von denen Röntgenbilder aufgenommen wurden. Es ergab sich, daß die Art. spermat. int., nachdem sie sich in zwei Äste geteilt hat, mit diesen beiden Ästen direkt in den Hoden geht, und zwar an der dem Nebenhoden zugekehrten Seite in der Mitte und am unteren Pole. Die Art. deferent. versorgt den Nebenhoden und sendet eine Anastomose zum Hoden. Aus diesem Verhalten der Gefäße läßt sich kein Grund dafür ableiten, daß die Tuberkulose gewöhnlich den Nebenhoden zunächst befällt. Versuche, die Samenkanälchen des Hodens vom Vas deferens aus zu injizieren, gelangen N. nicht; die Injektionsmasse drang nur bis zum Schwanz des Nebenhodens.

7) Herr Bosse: Bemerkungen zu den Vorträgen Prof. Joachimsthal's und Prof. Hoffa's über Coxa vara congenita.

(Vgl. Zentralblatt für Chirurgie 1905. Nr. 35. p. 677.)

B. macht auf eine bisher nicht genügend hervorgehobene Form von Coxa vara congenita aufmerksam, welche durch fötale Rachitis hervorgerufen wird. Zum Beweise legt er Präparate aus dem Virchow-Museum vor.

Diskussion. Herr Hoffa hebt an einem Präparate das Vertikalstehen der Epiphyse hervor, wie er es an seinen klinischen Fällen betont hat.

Richard Wolff (Berlin).

---

8) **Lemoine** et **Gallois.** La pleurésie blennorrhagique.

(Revue prat. des org. génito-urin. 1905. Nr. 7.)

Die seröse oder eitrige Pleuritis ist eine seltene Komplikation einer Allgemeininfektion mit Gonokokken. Die Verff. zitieren die bisher bekannten 15 Beobachtungen, von denen jedoch nur in dreien der bakteriologische Nachweis von Gonokokken im Pleuraexsudate vorliegt; einen vierten sicheren Fall beobachteten sie selbst bei einem 35jährigen Manne, bei welchem die Erkrankung zunächst als tuberkulöse Pleuritis angesprochen wurde. Der Beginn war akut, und im Laufe des nächsten halben Jahres mußte häufig punktiert werden, wobei große Mengen stark rötlich gefärbter Flüssigkeit entleert wurden. Dabei starke Abmagerung, Albumen im Urin, Kräfteverfall. Erst jetzt wurde bekannt, daß Pat. vor Beginn der ersten Erscheinungen an einer vernachlässigten Gonorrhöe gelitten hatte. Die nunmehr vorgenommene bakteriologische Untersuchung der Punktionsflüssigkeit ergab Gonokokken in Reinkultur. Wegen der schnellen Wiederansammlung des Exsudates wurde die Pleurotomie mit Rippenresektion gemacht. Die Pleurahöhle war mit dicken falschen Membranen ausgekleidet, welche in dem rötlichen Exsudate flottierten. Unter zunehmenden Erscheinungen von seiten der Nieren trat immer größerer Kräfteverfall und 9 Monate nach Beginn der Erkrankung der Tod ein.

Die Pleuritis gonorrhoica tritt meist während des akuten Stadiums der Gonorrhöe auf, die Symptome sind nicht besonders für den gonorrhoischen Ursprung charakteristisch. Die Infektion der Pleura erfolgt wahrscheinlich auf der Blutbahn, und die Exsudatbildung ist eine direkte Folge der in der Pleurahöhle sich festsetzenden Gonokokken, nicht nur ihrer Toxine. **Mohr** (Bielefeld).

9) **Mosheim.** Die Heilungsaussichten der Lungentuberkulose bei spontanem und künstlichem Pneumothorax.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. III. Hft. 5.)

Verf. berichtet zunächst über 50 Fälle von Pneumothorax aus der Heidelberger medizinischen Klinik. Von diesen waren 42 tuberkulöser Natur, 7 durch fötide Bronchitis, Lungengangrän, Tumor usw. bedingt und 1 von zweifelhafter Diagnose, vielleicht auch tuberkulös. Der letztere Pat. heilte, die 7 anderen starben; von den 42 tuberkulösen — also 86% aller Fälle waren tuberkulöser Herkunft — wurden 6 operiert, und zwar wurde 3mal eine Thorakoplastik ausgeführt, 2mal die Bülau'sche Heberdrainage angewandt und 1mal Thorakotomie und Rippenresektion vorgenommen.

Alle diese 6 Pat. sind, allerdings zum Teil erst nach jahrelangem, zeitweise gutem Befinden gestorben. Interessante Einzelheiten aus den Journalen hier wiederzugeben, ist nicht der Platz.

Ein einziger Fall, konservativ behandelt, wurde geheilt. Die übrigen 35 Kranken konnten bei konservativer Therapie, die allerdings mehrfach durch Punktion unterstützt wurde, nicht ganz geheilt werden. Die Prognose ist also sehr trübe.

Es wird dann ausführlich über das von Murphy inaugurierte Vorgehen berichtet, vermittels künstlicher Herstellung eines Pneumothorax durch Stickstoffinjektion in die Pleurahöhle die Lunge ruhig zu stellen — analog der chirurgischen Therapie tuberkulöser Gelenkerkrankungen — und damit die spontanen und therapeutischen Heilungsbestrebungen zu unterstützen, insbesondere bei Lungenblutungen schnell Hilfe zu schaffen.

Murphy hat bisher 1600—1700 derartige Injektionen mit befriedigendem Erfolge vorgenommen.

Verf. setzt auseinander, daß es natürlich etwas ganz anderes sei, ob ein Pneumothorax durch Perforation der erkrankten Lunge in den Pleuraraum entsteht, oder ob man auf aseptischem Wege steriles Gas in den unversehrten Brustfellraum einspritzt. Hiermit ist keine wesentliche Gefahr verbunden; was es für den beabsichtigten Zweck nützt, darüber fehlt es noch an entsprechender Erfahrung.

Verf. behandelt weiterhin sehr ausführlich die Mechanik des Pneumothorax und seine Beziehungen zur Zirkulation.

Nach Besprechung der bisher üblichen Behandlungsmethoden deutet er als die ideale Methode die an, operativ die Lungenfistel, und zwar möglichst früh, zu verschließen und durch Überdruckverfahren die Lunge wieder auszudehnen. Dann, nach Verschluß der Lungenfistel, kann auch die Bülau'sche oder Perthes'sche Drainage zur Ableitung der Sekrete und Erhaltung geringen Unterdruckes mit Vorteil Verwendung finden. **W. v. Brunn** (Rostock).

10) **H. Schröder.** Zur Dauerheilung des Brustkrebses. Ergebnisse der in der Rostocker chirurgischen Klinik 1875—1901 ausgeführten Operationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 659.)

Im Laufe von $25^1/_2$ Jahren wurden in der Rostocker chirurgischen Klinik 347 Fälle von Brustkrebs operiert. Davon starben im Anschluß an die Operation 16 = 4,61%, doch entfällt ein großer Teil dieser Fälle auf die Zeit einer wenig vollkommenen Antisepsis. Mindestens 3 Jahre geheilt geblieben und noch am Leben waren 45 Pat. Darunter befanden sich 5 wegen Rezidiv operierte Fälle. 6 weitere Fälle waren lange Jahre rezidivfrei geblieben, als sie an anderweitigen Krankheiten starben. Bei 5 anderen, die länger als 3 Jahre rezidivfrei geblieben waren, ist nur das Todesdatum, nicht aber die Todesursache bekannt. Endlich waren 6 Fälle nach 4 und mehr Jahren gesund befunden worden, über deren Endschicksal nichts in Erfahrung gebracht werden konnte. Es ergaben sich also im ganzen 61 Fälle langdauernder Heilung von 3 Jahren und mehr.

An Rezidiv und Metastasen starben 182 Fälle, darunter 15, bei denen das Fehlen eines örtlichen Rezidivs besonders hervorgehoben war, ferner 3 Fälle, bei

denen sich ein solches bei der Autopsie nicht fand, und 20 Fälle, bei denen die ärztlichen Antworten ein örtliches Rezidiv nicht erwähnen. Unter 53 Rezidiven, welche in die Klinik zur Rezidivoperation kamen, lag nicht weniger als 34mal ein Narbenrezidiv vor, und zwar war dies in 21 Fällen das einzige Rezidiv. 5mal saß das Rezidiv neben der Narbe. Verf. leitet daraus die Forderung ab, mit der Fortnahme der Haut nicht zu sparsam zu verfahren.

In 19,7% wurden Spätrezidive beobachtet, d. h. von 76 Fällen, welche gesund in das 4. Jahr nach der Operation eintraten, erkrankten doch noch 5 an Rezidiv oder Metastasen.

Insgesamt berechnet Verf. die Zahl der Heilungen auf 21,1%.

M. v. Brunn (Tübingen).

11) **Mauclaire.** Craquements, frottements et froissements sous-scapulaires.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 30.)

Die Frage nach der Ursache dieser eigentümlichen Erscheinung vermag M. ebensowenig zu beantworten, wie die Autoren vor ihm. Man müsse für jeden Fall eine eigene Ursache suchen. Wie schwer das ist, beweisen zwei Fälle, die seiner Mitteilung zugrunde liegen. Trotz Autopsie am Lebenden gelang es nicht, eine befriedigende anatomische Grundlage zu finden. In einem Falle wurde nur ein dünnwandiger Schleimbeutel unter dem Schulterblatte gefunden, in dem anderen war die 4. Rippe etwas torquiert infolge bestehender geringer Skoliose, während keinerlei Exostosen oder dergleichen zu finden waren.

Behandelt wurden beide Fälle gleich, und zwar beide mit gutem Resultate. Der Hautschnitt verlief entlang dem medialen Schulterblattrande. Ein kleiner Schnitt durch die Muskulatur gestattete die Abtastung des Subskapularraumes. Sodann wurde ein 4 cm hoher, rechteckiger Lappen aus den Mm. trapezius und rhomboideus mit der Basis am Schulterblatte gebildet und nach innen, zwischen Brustkorb und Schulterblatt, geschlagen, dort mittels einer Catgutnaht mit Mühe befestigt. Immobilisierung des Armes durch 20 Tage. Das Krachen war danach, wie gesagt, verschwunden, ohne daß die Stellung des Schulterblattes gelitten hatte. Über den Dauererfolg vermag M. noch nichts anzugeben.

V. E. Mertens (Breslau).

12) **N. Bardescu** (Bukarest). Die chirurgische Behandlung der rezidivierenden Schulterverrenkung.

(Revista de chirurgie 1905. Nr. 2.)

Die rezidivierenden Schultergelenksverrenkungen bedingen eine wahre Infirmität des Gliedes, indem oft unbedeutende Ursachen, geringfügige Muskelkontraktionen hinreichen, um den Gelenkskontakt aufzuheben. In der überwiegenden Mehrzahl dieser Fälle handelt es sich um eine übermäßige Dehnung der Kapsel, um eine teilweise Ablösung derselben oder um eine Ruptur, wodurch die Fixierungsmittel des Gelenkes eine bedeutende Schwächung erfahren. Eine rationelle Operation muß also direkt auf die Kapsel einwirken, wie dies zuerst von Gerster in Neuyork gemacht worden ist, während Arthrodese und Gelenksresektion nur mittelmäßige Resultate geben können.

Die heute übliche Operationsmethode ist die Kapsulorrhaphie, bestehend darin, daß durch einen Schnitt zwischen Deltoideus und Pectoralis und einem längs des Schlüsselbeinrandes ein Lappen gebildet wird, welcher den Deltoideus enthält und nach außen gezogen wird. Das Gelenk wird dann freigelegt, durch mehrere durchgezogene Fäden die Kapsel gefaltet und auf diese Weise verkürzt. Diese Operationsmethode ist von Ricard angegeben, und es sind elf Fälle veröffentlicht worden; welche nach derselben mit gutem Erfolg operiert worden sind. B. fügt denselben noch zwei persönliche hinzu, in welchen ein sehr gutes funktionelles Resultat erzielt werden konnte. Zur Verstärkung der Kapsel wird vorteilhafterweise noch ein benachbarter Muskel, am besten der Coracobrachialis herangezogen. Nach Be-

endigung der Operation und Naht der Tegumente wird der Arm durch 4 bis 5 Wochen immobilisiert, was für die Heilung von Wichtigkeit ist.

E. Toff (Braila).

13) F. Roskoschny. Ein Fall von angeborener, vererbter Verbildung beider Knie- und Ellbogengelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 569.)

Insbesondere röntgenologisch interessante Beobachtung aus dem Privatambulatorium von Prof. A. Lorenz in Wien. Es handelt sich um einen 30jährigen Vater mit Mißbildung an Ellbogen und Knien, der seinen mit denselben Fehlern behafteten $3^3/_4$jährigen Sohn vorstellte, indes, als die Therapie zur Besprechung kam, die Flucht ergriff, so daß die Untersuchungsaufnahmen nicht ganz bis zu Ende durchgeführt werden konnten. Beide Pat. zeigten doppelseitiges angeborenes Genu valgum und eine Verbildung der Ellbogen, so daß Pro- und Supination stark behindert sind. Die Kniegelenke sind von beiden Pat., der Ellbogen nur von dem Vater röntgenographisch aufgenommen. Die Genu valgum-Bildung zeigt sich hervorgerufen durch ein vollständig isoliertes, an der medialen Seite des Kniegelenkes lagerndes und mit Femur und Tibia artikulierendes Knochengebilde. Dasselbe ist auf den Röntgenbildern von Vater und Sohn ganz deutlich und in völlig analoger Weise erkennbar, nur daß auf der Aufnahme bei dem Sohne natürlich die knorpeligen Epiphysenteile der Ober- und Unterschenkel keinen Schatten hinterlassen haben. Die Deutung dieses überzähligen Knochenstückes als eine kartilaginäre Exostose erscheint ausschließbar; vielmehr glaubt R. annehmen zu müssen, daß der Knochen einen isoliert entwickelten Condylus internus darstellt, der, abnorm für sich ossifiziert, einerseits mit dem größeren Hauptstücke der Femurepiphyse, andererseits mit der Tibia artikuliert. Zur Erklärung hierfür ist annehmbar, daß zwei Knochenkerne in der Femurepiphyse angelegt waren, von denen aus dem medialen dieses isolierte Knochenstück hervorging. Letzteres wurde schließlich zu einem selbständigen Schaltknochen. Am Ellbogen des Vaters fand sich beiderseits Verrenkung des Radiusköpfchens nach hinten, verbunden mit abnormer Kürze und Verkrümmung beider Unterarmknochen, die wahrscheinlich auch miteinander verwachsen sind.

Beigegeben sind die interessanten Röntgenbilder und ein Literaturverzeichnis.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

14) A. Nolde. Ein Fall von kongenitalem Riesenwuchs des rechten Daumens.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 504.)

Der rechte Daumen des 54jährigen Pat. war schon bei der Geburt vergrößert und ist zur Zeit der Beschreibung doppelt so groß als der linke. Sonstige Anomalien weist sein Besitzer nicht auf. **Doering** (Göttingen).

15) O. E. Schulz. Über Frakturen der Fingerphalangen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 235.)

S. veröffentlicht 20 Fälle von Bruch an Fingerphalangen, die in kurzer Zeit bei der Wiener allgemeinen Poliklinik zur Beobachtung gelangten. Den kurzen Krankengeschichtsnotizen sind fast überall die wohlgelungenen Röntgenogramme beigefügt, die eine gute Vorstellung von den mannigfachen hier beobachtbaren Bruchlinien geben. Es handelte sich 3mal um Längsbrüche, 4mal um Querbrüche, 9mal um Splitterbrüche, 2mal um Schrägbrüche, um eine Y-Fraktur und um zwei Gelenkbrüche. Nur drei von diesen Brüchen waren offene, alle anderen subkutane Verletzungen. Dem eigenen Material ist kurze Berücksichtigung der einschlägigen, namentlich neueren röntgenologischen Literatur beigefügt. In praktischer Beziehung empfiehlt S. in gewiß zweckmäßiger Weise zur Schienung gebrochener Fingerglieder die sogenannte Wellpappe, wie sie als Packung von Glasgefäßen gebräuchlich ist. Die Richtung der gepreßten Pappwellen wird parallel der Finger-

längsachse angelegt. Die Brüche der Phalangenschäfte heilen meist mit guter Funktionserhaltung, während nach Gelenkbrüchen leicht Ankylosenbildungen zurückbleiben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

16) **Riedl.** Zwei Fälle von angeborener Defektbildung des Oberschenkels.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 4.)

Im ersten Falle handelt es sich um ein 2jähriges Mädchen mit plumpem, dickem, stark verkürztem Ober- und beinahe normalem Unterschenkel. Das Röntgenbild zeigt anstatt des Femur ein kurzes, nach oben spitz zulaufendes Knochenstück mit einer distal sich ansetzenden Epiphyse. Eine Kniescheibe war nicht vorhanden.

Der zweite, 28jährige Pat., dem das rechte Femur vollkommen fehlt, geht mittels einer an einem Schnürschuh befestigten Stelze. Der rechte Fuß endigt in Höhe des linken Knies. Pat. zeigt außerdem einen Defekt am rechten Arme, welcher nur schwach entwickelt und verkürzt ist.

Außer dem Daumen sind nur noch zwei Finger vorhanden. Die Vorderarmknochen sind derartig verbogen, daß Supination nicht ausführbar ist.

Gaugele (Zwickau).

17) **L. Galliard.** Traitement de l'arthrite aigue blennorrhagique du genou par les injections intra-articulaires de sublimé.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 10.)

Die Behandlung des akuten Tripperrheumatismus, speziell des Kniegelenkes, liegt noch recht im Argen. Die einfache Immobilisation und die Punktion ohne nachfolgende Injektionen hat Verf. ohne besonderen Erfolg in mehreren Fällen versucht. Bessere Resultate hat er erst erzielt, als er nach der Punktion intraartikuläre Injektionen mit Sublimat oder noch besser Auswaschungen des Gelenkes mit Sublimat vornahm (20 ccm einer Lösung 1:4000). Diese Auswaschungen werden in einer Sitzung mehrere Male vorgenommen; in schweren Fällen sind mehrere derartige Sitzungen nötig; mehr als dreimalige Punktion hat Verf. niemals vorzunehmen gebraucht. In keinem Falle kam es zur Ankylose. Die Behandlungsdauer betrug je nachdem 4 Wochen bis 4 Monate. Die Punktionsflüssigkeit war in allen Fällen serös-eitrig oder rein eitrig. Gonokokken konnten niemals nachgewiesen werden. Seine zehn genauer mitgeteilten Beobachtungen teilt Verf. in zwei Gruppen:

1) Fälle von akuter blennorrhagischer Arthritis in Verbindung mit einem akuten oder subakuten Gelenkrheumatismus. Verhältnismäßig gutartige Fälle, deren Behandlungsdauer zwischen 4 und 8 Wochen schwankt.

2) Akute blennorrhagische Monoarthritiden; schwere Fälle von 2- bis 4monatiger Behandlungsdauer. **Paul Wagner** (Leipzig).

18) **Gregor.** Tuberculous synovitis treated by the Roentgen-rays.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 28.)

17jähriger Schüler mit Kniegelenkstuberkulose, der die Beobachtung gemacht hatte, daß zwei Röntgenaufnahmen seines Knies, zu diagnostischen Zwecken vorgenommen, einen auffallend günstigen Einfluß auf den Zustand des Gelenkes ausgeübt hatten. Auf seinen Wunsch Fortsetzung der Bestrahlungen in therapeutischer Absicht: elf Sitzungen von je 10 Minuten 2mal wöchentlich, 35 cm Funkeninduktor, 6 Ampère, harte Röhre, 15 cm Röhrenabstand. Schnelle Heilung. Das Kniegelenk wird völlig normal. Die Heilung besteht seit 3/4 Jahr unverändert fort.

W. Weber (Dresden).

19) **K. Crainer.** Klinischer Bericht über 96 Diaphysenstümpfe des Ober- resp. Unterschenkels.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 2.)

C. berichtet über Nachuntersuchungen bei 96 Amputationen, die an Kranken im Alter von 2—64 Jahren stattgefunden haben. Die Operationen wurden von

verschiedenen Chirurgen Kölns und Umgegend vor 1—19 Jahren ausgeführt. Im Oberschenkel wurden 46, im Unterschenkel 50 amputiert, und zwar alle in der Diaphyse. In 26 Fällen kann man den Stumpf äußerlich zufriedenstellend, in 70 Fällen direkt schlecht nennen. Bei diesen ist die Haut dünn, blau oder rot verfärbt, hat große Neigung zur Geschwürsbildung, die Narbe ist mit dem Callus fest verwachsen und auf Druck schmerzhaft. Äußerst wichtig ist aber die Tatsache, daß von 96 Stümpfen nur 2 tragfähig waren.

Verf. glaubt damit den Beweis erbracht zu haben, daß man sich mit der Herstellung tragfähiger Stümpfe viel mehr Mühe geben muß, damit es gelingt, diesen unglücklichen, entstellten Menschen ein würdiges Dasein zu schaffen.

Hartmann (Kassel).

20) **H. Teske.** Ein Fall von erworbener partieller Makrosomie; Verlängerung des Femurs nach Unterschenkelamputation.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 2.)

T. hat an einem 10 cm unterhalb des Kniegelenkes amputierten Knaben, der von der Kuppelstange einer Dreschmaschine am linken Beine erfaßt und zu Boden geworfen war, die Beobachtung gemacht, daß sich nach $5^1/_2$ Jahren eine Verlängerung des betreffenden Oberschenkels um $1^1/_2$ cm eingestellt hatte. Der Trochanter stand in der Roser-Nélaton'schen Linie, die Beweglichkeit des Hüftgelenkes war vollkommen frei, besonders auch die Abduktion; eine Coxa valga war ausgeschlossen.

Den Grund, warum der Knochen in erster Linie vor den anderen Geweben der Extremität hypertrophiert, sucht T. in den Ernährungsbedingungen. Der Knochen, auf den vermöge seiner Starrheit die Gewalt stärker einwirken muß als auf die übrigen Gewebe, hat im Verhältnis zu diesen Geweben die geringste Blutversorgung und muß daher am ehesten und stärksten bei veränderter Ernährung reagieren. Da weiter im Epiphysenknochen die Venen viel zahlreicher als die schon an sich divertikelartig erweiterten und geschlängelten Arterien sind und durch ihre Anastomosen einen stärkeren plexiformen Charakter zur Schau tragen, so muß auch bei stärkerer Blutzufuhr eine gewisse venöse Stauung eintreten, die nach Bier u. a. ebenfalls der Knochenwucherung bezw. der Hypertrophie günstig sein soll. **Hartmann** (Kassel).

21) **Kirmisson.** Nouvel exemple de pseudarthrose flottante du tibia avec luxation de l'extrémité supérieure du péroné, consécutive à une ostéomyélite.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 3.)

Im Gefolge einer in der Jugend durchgemachten Osteomyelitis der Tibiadiaphyse mit primärer Knochenresektion hat sich nicht genügend Knochen nachgebildet — eine Gefahr, mit welcher man immer dabei zu rechnen hat —; es ist vielmehr zu einer Unterbrechung der Knochensubstanz mit voller Verschieblichkeit der Enden gekommen. Der Unterschenkel ist »krummstabförmig« stark verbogen mit der Konvexität nach außen, das Wadenbein hypertrophisch, oben aus der Gelenkverbindung verschoben und in der Kniekehle herausstehend. Diese typische Deformation kann ebenso wohl, wie aus osteomyelitischem Knochenschwund, auch aus ungleichem Wachstum der beiden Hälften der oberen Tibiaepiphyse bei Tuberkulose und ähnlichen Dingen entstehen. **Herm. Frank** (Berlin).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 30. **Beilage.** **1905.**

Bericht über die Verhandlungen

der

Deutschen Gesellschaft für Chirurgie,

XXXIV. Kongreß,

abgehalten vom 26.—29. April 1905

im Langenbeck-Hause.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.
1905.

Inhalt.

Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie.

1) **Riedel** (Jena). Geistige Schwäche und körperliche Leiden auf chirurgischem Gebiete. Mit Krankenvorstellung (Hydrops genu permagnum).

Die meisten Individuen mit leichter Imbecillitas des Geistes verhalten sich körperlich normal, einzelne bieten aber doch etwas Außergewöhnliches. Wunden und Knochenbrüche heilen sehr langsam, letztere zuweilen gar nicht. Es besteht Neigung zu Ödem der Beine und zu ulzerativen Prozessen an denselben. Auffallend früh kommen Neubildungen vereinzelt vor.

Der vorgestellte 17jährige Pat. zeigte im August 1904 Verdickung der Knochen an beiden Füßen und Hydrops genu permagnum nach leichter Kniewunde 1 Jahr zuvor. Die psychiatrische Klinik in Jena stellte kein Leiden des Zentralnervensystems fest, das den Zustand des Kranken erklären könnte. Im Laufe des letzten halben Jahres sind zahlreiche große Fremdkörper im Kniegelenk aufgetreten, dasselbe ist wackliger geworden; die Imbecillitas des Geistes hat zugenommen; die psychiatrische Klinik in Berlin hält Syringomyelie für wahrscheinlich. Weitere im Laufe der nächsten Jahre anzustellende Untersuchungen dürften Klarheit über die Ätiologie des Leidens bringen.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Madelung (Straßburg) hat als chirurgische Erkankungen bei chronischen Irren Neigung zu Knochenbrüchen beobachtet; für diese aber treffe das gleiche zu wie für andere Verletzungen, daß nämlich selbst die größten Selbstverletzungen, Eventrationen usw. bei Irren überraschend schnell heilen.

Muskat (Berlin) hat bei imbezillen Kindern die gleichen Erfahrungen gemacht, wie Madelung bei Irren.

Riedel (Schlußwort) hat nicht von Geisteskranken, sondern von Imbezillen den Eindruck gewonnen — auch bei Kindern —, daß die Wundheilung langsamer verlaufe.

Christel (Metz).

---

2) **Bier** (Bonn). Behandlung akut entzündlicher Krankheiten mit Stauungshyperämie.

B. zeigte an einer Reihe von akut entzündlichen Krankheiten die praktische Anwendung der Stauungshyperämie, die teils mit der Gummibinde, teils mit Saugapparaten hergestellt wurde. Behandelt wurden: Frische akute Entzündungen, infizierte Wunden, Sehnen-

scheidenpanaritien, Otitis media mit Mastoiditis usw. mit Stauungsbinden, Abszesse und Furunkel mit Saugapparaten. Die Kranken lagen während der Dauer des Kongresses auf einer besonderen Abteilung der v. Bergmann'schen Klinik und waren den Besuchern des Kongresses täglich zugänglich. Da es sich lediglich um praktische Demonstrationen handelte, so ist ein längerer Bericht nicht am Platze.

(Selbstbericht.)

---

3) **Schloffer** (Innsbruck). Über Perubalsam als Mittel zur Wundbehandlung.

Die Verwendung der Balsame zur Wundbehandlung reicht bis in das Altertum zurück. Auch der Perubalsam steht in Amerika seit langer Zeit als Volksmittel zu demselben Zwecke in Gebrauch.

Bei uns wurde der Perubalsam vorwiegend von dermatologischer Seite, dann aber auch zur Behandlung tuberkulöser Wunden herangezogen (Thiersch-Gräfe, Landerer, Sayre, Vamossy-Schopf). Doch wird auch gelegentlich über gute Erfolge bei Behandlung frischer akzidenteller Wunden berichtet (Wiss, Stockum).

Bevor S. den Perubalsam beim Menschen in Anwendung brachte, wurde durch Tierversuche (Dr. Suter) nachgewiesen:

1) Daß man Meerschweinchen subkutan und intraperitoneal relativ hohe Dosen des unverdünnten Balsams ohne Schaden einverleiben kann. Würde man von den dabei gewonnenen Zahlen auf den Menschen schließen, so müßte dieser mindestens 70 ccm intraperitoneal, 200—300 ccm subkutan vertragen. Die praktisch in Betracht kommenden Mengen betragen aber kaum $^1/_{10}$ davon.

2) Bei Infektion der Tiere mit Gartenerde, welche dieselben in längstens $1^1/_2$ Tagen an einem jauchigen Ödem tötete, wurde die akute Entzündung vermieden, wenn man der Gartenerde sogleich oder wenige Stunden später Perubalsam nachschickte. Ein Teil der auf diese Weise vorerst geretteten Tiere verendete allerdings nachträglich noch an Tetanus; die anderen genasen nach Entleerung eines lokalen Abszesses, der wenig Erscheinungen der akuten Entzündung aufwies.

Beim Menschen hat der Perubalsam nie giftige Eigenschaften entwickelt (niemals Albuminurie). Er hat bei verunreinigten Rißquetschwunden stets die (oft zu gewärtigende) Jauchung verhindert. Schwere komplizierte Oberschenkelfrakturen mit ausgedehnter Weichteilzertrümmerung heilten unter geringfügiger Eiterung aus. Die praktischen Erfahrungen S.'s rechtfertigen zwar keine enthusiastische Auffassung der Balsamwirkung, stellen aber außer Zweifel, daß der Perubalsam bei gewissen, frischen, akzidentellen Wunden eine verblüffend günstige Wundheilung schafft.

Auch bei einzelnen Operationswunden, die mit Rücksicht auf bestimmte Verhältnisse als infiziert zu betrachten oder in dieser Hinsicht doch später besonders gefährdet sind, schien der Balsam dankenswerte Eigenschaften zu entfalten.

Histologische Untersuchungen haben ergeben, daß sich im Gewebe in der Umgebung des Perubalsam eine breite Schicht stärkerer Leukocytose einstellt (niemals eine Ätzwirkung!). Vielleicht ist in dieser Leukocytose eine Ursache für die auffallende Wirkung des Balsams zu erblicken. Daneben kommt wohl auch in Betracht, daß eine Art Einbalsamierung der der Nekrose verfallenen Gewebsteile stattfindet, die dann nicht mehr als Nährboden für Bakterien dienen können. Eine große Rolle spielt sicher auch die Beständigkeit des Balsams, der noch viele Tage nach seiner Einbringung in merklichen Mengen an Ort und Stelle anzutreffen ist.

Der im Handel erhältliche Perubalsam ist vielfach verfälscht. Es empfiehlt sich daher, klinische Nachuntersuchungen zunächst nur mit Balsamarten vorzunehmen, deren Echtheit durch die Verläßlichkeit der in Anspruch genommenen Firma außer Zweifel gestellt ist.

(Selbstbericht.)

---

4) **B. Heile** (Breslau). Die Autolyse als Heilfaktor in der Chirurgie.

Vortr. erinnert an seine Untersuchungen, die zuerst den direkten Beweis erbrachten, daß intrazelluläre Enzyme bei dem Ablauf gewisser pathologischer Zustände sicher auch intravital eine große Rolle spielen. So sah Vortr. bei der Rückbildung der tuberkulösen Abszesse direkt während der Beobachtung Enzymwirkungen auftreten, von denen er nachweisen konnte, daß sie aus zugrunde gegangenen Zellen (Leukocyten) stammen mußten. Auch in der Röntgenwirkung sah Vortr. die Auslösung der intrazellulären Enzyme durch die Gesamtschädigung des Zellprotoplasma und damit durch das Freiwerden der intrazellulären Fermente. Vortr. sieht in der Gesamtschädigung der Zelle und in dem gewissermaßen Aktiviertwerden der Enzyme das Wesentliche der Röntgenwirkung, während er sich nicht der Ansicht anderer Autoren anschließen kann, die in gewissen Zersetzungsprodukten (Lecithin usw.) das Wirksame sehen. Vortr. ging jetzt von dem Gedanken aus, diese besonders in den Leukocyten aufgespeicherten Enzymwirkungen für den Ablauf pathologischer Zustände während des Lebens auszunutzen. Es handelte sich darum, Leukocyten anzusammeln durch leukotaktische Mittel, sie zum Zerfall zu bringen durch Röntgenstrahlen und dadurch die natürlichen Heilkräfte des Körpers zu vermehren. War die Ansammlung der Leukocyten eine mehr lokale, so entstand nach genügend starker Röntgenbestrahlung lokal ein Röntgenulcus, das bei der gleichen Bestrahlung an einem anderen Tiere fehlte, auch wenn man die Gewebe lokal durch nicht leukotaktische, indifferente Mittel geschädigt hatte. Es gelang dem Vortr. durch Konzentrierung der Leukocytose auf das Peritoneum beim Kaninchen eine experimentelle Peritonitis zu heilen, wenn die Leukocyten durch Röntgenstrahlen zum Zerfall gebracht waren. Im Gegensatz hierzu gingen die Kontrolltiere mit der gleich großen Leuko-

cytose und der gleich großen Infektion an der Peritonitis zugrunde, anscheinend deshalb, weil hier die an die Leukocyten gebundenen Fermente nicht genügend auf die Bakterien einwirken konnten.

Entsprechend der lokalen Beeinflussung der Leukocyten durch die Röntgenstrahlen konnte Vortr. auch die allgemeine Leukocytose im zirkulierenden Blute durch allgemeine Röntgenbestrahlung aufs stärkste beeinflussen. Allgemeine Leukocytosen über 40000 im Kubikzentimeter Blut gingen nach einmaliger starker Bestrahlung zurück auf weniger als 1000 im Kubikzentimeter. Dementsprechend sank die Körpertemperatur, während die Gerinnbarkeit des Blutes zunahm. Die Tiere überwanden aber durchweg das einmalige Sinken der Leukocytenzahl, die nach etlichen Tagen wieder normal wurde. Wiederholte energische Bestrahlungen lösten allerdings unter erneutem Abfall der Leukocytenzahl und der Temperatur den Tod der Tiere aus.

In dieser Beeinflussung der Zellen, insbesondere der Leukocyten, in dem Freiwerden der intrazellulären Enzyme und deren Wirksamkeit erklärte Vortr. auch die Wirkungen der Bier'schen Stauung. Das Anlegen der Gummibinde an den vier Extremitäten hatte z. B. nach den Untersuchungen des Vortr. eine sehr lebhafte Vermehrung des Zerfalls zur Folge, die, wie der Vortr. nachwies, an der Vermehrung der Gesamtstickstoffausscheidung, sowie an der vergrößerten Ausfuhr von Harnsäure und Purinbasen im Harn nachzuweisen war. Mit dem Zugrundegehen dieser zahlreichen Zellen müssen aber auch sehr verstärkte intrazelluläre Enzymwirkungen ausgelöst sein. Wenn Vortr. auch glaubt, daß die intrazellulären Enzyme in den Leukocyten besonders stark angehäuft sind und andererseits in den Leukocyten von uns besonders gut dienstbar gemacht werden können, so wies Vortr. andererseits darauf hin, daß die Wirkung intrazellulärer Fermente auch bei den verschiedensten Operationen, bei denen durch zahlreiche Unterbindungen, Gewebsquetschungen usw. Gelegenheit genug gegeben ist zum Zugrundegehen von Gewebszellen, daß hierbei nicht nur die intrazellulären Fermente der Leukocyten, sondern besonders auch der fixen Gewebszellen für den normalen Wundverlauf von Wichtigkeit sind. So konnte Vortr. besonders bei subkutanen Frakturen mit Gewebsquetschung und nach Strumaresektionen mit normalem, nicht infiziertem Wundverlauf an der Vermehrung der Gesamtstickstoff-, Purin- und Harnsäureauscheidung das Zugrundegeben vieler Zellen und damit die Auslösung zahlreicher autolytischer Vorgänge nachweisen.

Vortr. betont zum Schluß, daß das wesentlichste für den Praktiker darin liegt, daß es ihm ermöglicht wird, die Wirkung der Röntgenstrahlen am Orte der Wahl zu verstärken, und daß er durch die mit Bier'scher Stauung oder Röntgenbestahlung ausgelösten Einwirkungen die Zellkonstitution, besonders die der Leukocyten, derart umstellen kann, daß die nur sehr beschränkt wirksamen intrazellulären Enzyme sehr ausgiebig den Ablauf pathologischer Zustände beeinflussen können. (Selbstbericht.)

5) **H. Heineke** (Leipzig). Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Knochenmark.

Das Tierexperiment gibt die Erklärung für die Erfolge der Röntgenbehandlung der Leukämie, da sich zeigen läßt, daß die X-Strahlen imstande sind, die weißen Zellen des Knochenmarkes und die Zellen des lymphoiden Gewebes in elektiver Weise zu zerstören, sowohl im zirkulierenden Blute wie in ihren Bildungsstätten. Andererseits stimmen die Resultate des Tierexperimentes aber auch gut überein mit der Erfahrung, daß die Erfolge der Röntgentherapie der Leukämie in den meisten Fällen unvollkommen sind, und daß oft nach kurzer Zeit Rezidive auftreten. Die Veränderungen, die die Röntgenstrahlen in den blutbildenden Organen hervorrufen, sind nämlich, wie sich durch Tierversuche leicht nachweisen läßt, nur vorübergehende und sind in weitgehendstem Maße der Regeneration fähig.

Wenn man Meerschweinchen in einer Sitzung 10 Stunden lang bestrahlt — eine Bestrahlungsdauer, nach der etwa die Hälfte bis zwei Drittel der Tiere am 14.—16. Tage zugrunde gehen —, dann zeigen sich die ersten Veränderungen an den weißen Zellen des Knochenmarkes schon 3—4 Stunden nach dem Beginne der Bestrahlung. Man sieht dann erst einzelne, dann von Stunde zu Stunde größere Massen von zerfallenden und zerfallenen Kernen; die Kerntrümmer erscheinen zuerst als formlose Schollen, später als Chromatinkugeln, die schließlich meist von Phagocyten aufgenommen werden. Zuerst scheinen die Lymphocyten zu zerfallen, dann die Riesenzellen, die eosinophilen und Mastzellen, endlich die ungranulierten Myelocyten, während die neutrophilen polynukleären Leukocyten am längsten intakt bleiben. Der Kernzerfall erreicht seinen Höhepunkt nach 10—12 Stunden; das Mark ist dann wie übersät mit Kerntrümmern und zeigt nur noch relativ wenige intakte Zellen. Bald darauf verschwinden die Kerntrümmer aber allmählich wieder; gleichzeitig nimmt die Zahl der weißen Markzellen schnell ab, das Mark wird von Stunde zu Stunde zellärmer, und am 5.—6. Tage nach der Bestrahlung sind die weißen Zellen bis auf ganz geringe Reste verschwunden. Das Mark zeigt dann nur die fast leeren Maschen des Stützgewebes, Fettzellen und mit roten Blutkörperchen gefüllte Kapillaren.

Wenige Tage später, am 11.—12. Tage, beginnt bereits die Regeneration der weißen Markzellen. Überall erscheinen wieder kleine Häufchen von Zellen, die zahlreiche Mitosen enthalten; sie nehmen rasch an Menge zu, und nach 2½—3 Wochen ist die Regeneration bereits abgeschlossen, d. h. das Mark ist dann wieder ebenso zellreich wie in der Norm und ist auch hinsichtlich der histologischen Details kaum vom normalen zu unterscheiden.

Die durch die Röntgenstrahlen zerstörten Zellen des Knochenmarkes regenerieren sich also ebenso prompt, wie dies von den Zellen des lymphoiden Gewebes bereits früher nachgewiesen werden konnte. Allerdings beziehen sich die Tierversuche zunächst nur auf die Folgen

einer einmaligen mehrstündigen Bestrahlung. Ob es gelingt, durch lange fortgesetzte Bestrahlungen in kleinen Dosen ein Wiedernachwachsen der zerstörten Zellen auf die Dauer zu verhindern, das muß noch dahingestellt bleiben. Die bisher beim Menschen gesammelten Erfahrungen sprechen aber dafür, daß es auch bei dem letztgenannten Modus der Bestrahlung schließlich doch zu einer Regeneration kommt. (Selbstbericht.)

---

6) **Landow** (Wiesbaden). Zur Pathologie und Chirurgie der Osteomyelitis gummosa der langen Röhrenknochen.

L. vermehrt die zurzeit noch außerordentlich dürftige Kasuistik der an frischen Präparaten studierten Fälle von Osteomyelitis gummosa der langen Röhrenknochen durch die Mitteilung eines Falles von multipler Knochenerkrankung, welcher infolge der trotz mehrjähriger antiluetischer Behandlung sich steigernden Schmerzhaftigkeit der befallenen Knochen und der stetig zunehmenden Verschlechterung des Allgemeinbefindens der im Pubertätsalter stehenden Pat. einer eingreifenden chirurgischen Behandlung unterzogen wurde.

Gegenstand des operativen Eingriffes waren eine ziemlich hochgradige von der medialen Fläche des Knochens ausgehende Tibiahyperostose, eine Spina ventosa des linken Metacarpus I und die unteren Gelenkenden beider Humeri. Die Operation selbst bestand in der Entfernung der erkrankten Knochenteile, wobei ein noch sehr wenig bekanntes anatomisches Bild zutage trat, das bei der Tibiaaffektion am ausgesprochensten war und hier folgende Merkmale darbot: das schwartig verdickte Periost ist von bräunlich gelber Farbe; der stellenweise kariöse, im ganzen ziemlich feste Knochen zeigt eine schwefel- bis jodoformgelbe Farbe und einen dem Stangenschwefel eigentümlichen trockenen matten Glanz.

Dieser hier erhobene Befund stimmt im wesentlichen mit den sehr spärlichen Beobachtungen hauptsächlich einiger französischer Forscher überein, von welchen die gummösen Knochenherde je nach dem Grade der Entwicklung verschieden beschrieben werden. Anfangs gelatinös und rötlich, nehmen sie später eine derbere Konsistenz an und werden dann von den einzelnen Beobachtern als rotgelb, goldgelb, schwefelgelb, safrangelb und ockerfarben geschildert.

In dieser Färbung, deren Ursache nach Ansicht des Vortr. in einer fettigen Degeneration der gummösen Massen zu suchen ist, hätten wir also ein sehr wertvolles der Syphilis eigentümliches differentialdiagnostisches Merkmal zu erblicken gegenüber den mehr weißlichen, grauen oder graugelblichen Farbentönen bei der Tuberkulose.

Die Diagnose des hier in Frage stehenden Falles wurde anfangs nicht unerheblich erschwert durch den Umstand, daß sowohl aus den Stücken der periostalen Schwarte als auch aus den Knochenteilen und dem Markhöhleninhalt der Tibia sowie des Metacarpus I der Staphylokokkus aureus in Reinkultur gezüchtet werden konnte, der sich

aber bei der Tierimpfung als sehr wenig virulent erwies und offenbar auf das Wesen des Prozesses kaum einen nennenswerten Einfluß ausgeübt hat.

Der Erfolg der operativen Behandlung, welche später durch eine spezifische Therapie unterstützt wurde, war ein nach jeder Richtung zufriedenstellender. (Selbstbericht.)

---

7) **Bier** (Bonn). Über den gegenwärtigen Stand der Rückenmarksanästhesie, ihre Berechtigung, ihre Vorteile und Nachteile gegenüber anderen Anästhesierungsmethoden.

Die alte Rückenmarksanästhesie mit reinem Kokain war wegen ihrer Gefahren und zahlreichen Unannehmlichkeiten nicht imstande, der Allgemeinnarkose ernsthaft Konkurrenz zu machen. Auch die zahlreichen älteren Ersatzmittel des Kokains haben sich nicht so bewährt, daß sie dem Verfahren Eingang verschaffen konnten.

In neuerer Zeit aber ist es nach mehreren Richtungen hin sehr erheblich verbessert, und zwar: 1) Durch Zusatz von Nebennierenpräparaten zum Kokain, von denen sich am besten Paranephrin und Suprarenin bewährt haben. Diese Mittel schränken die Gefahren des Kokains ganz erheblich ein, sie sind aber leider nicht imstande, die unangenehmen Neben- und Nacherscheinungen, die dies Mittel verursacht (besonders Kopf- und Rückenschmerzen, Erbrechen), zu unterdrücken.

2) Durch die Herstellung des Stovains, eines von dem französischen Chemiker Fourneau erfundenen reinen Anästhesierungsmittels. Es hat im Gegensatz zum Kokain nur sehr unbedeutende unangenehme Neben- und Nachwirkungen. B. hält das Stovain für das zurzeit weitaus beste Mittel, um die Rückenmarksanästhesie zu erzeugen. Er rät, es immer in Verbindung mit Nebennierenpräparaten anzuwenden, um seine Gefahren nach Möglichkeit herabzusetzen.

Es ist ein großer Vorteil der Rückenmarksanästhesie, daß sie gerade von schwachen und elenden Personen, bei denen eine Allgemeinnarkose bedenklich ist, und auch von solchen, die sich in hohem Alter befinden, vortrefflich vertragen wird.

In etwa 6—10% der Fälle blieb früher die zur Operation notwendige Anästhesie nach der Einverleibung des Anästhetikums in den Lumbalsack aus. Dieser große Fehler des Verfahrens, den man ihn mit Recht zum Vorwurf macht, läßt sich durch eine sorgfältige Technik fast vollständig vermeiden. (Selbstbericht.)

---

8) **Dönitz** (Bonn). Technik, Wirkung und spezielle Indikation der Rückenmarksanästhesie.

Genauere Angaben über obige Fragen.

Diskussion.

Czerny (Heidelberg) hat — nach Unterbrechung der früheren Versuche mit Kokain — solche mit Stovain wieder aufgenommen und erklärt sich mit den Erfolgen zufrieden. Die Punktion wird zwischen 2. und 3. Lendenwirbel gemacht, etwa $^1/_2$ Spritze Liquor angesogen und aus 10%iger Lösung 0,06 Stovain injiziert. Unter 29 bei Stovainanästhesie operierten Fällen befanden sich 11 Eingriffe am Damme, 4 Prostatektomien, ferner Lithothrypsien, Amputationen usw.

Hermes (Berlin) ergänzt die früher von Sonnenburg gemachten Mitteilungen zu etwa 90 im ganzen, darunter 22 Laparotomien (Appendektomien, Nabelbrüche); 4mal blieb die Anästhesie völlig aus; dies scheint individuell zu sein, da 2maliges Versagen bei demselben Manne beobachtet wurde. Bei Bauchoperationen kam wiederholt kalter Schweiß zum Ausbruche bei Blässe und kleinem Puls; einmal mußte Camphor gegeben werden. Kopfweh tritt ebenfalls öfter ein, hielt in einem Falle 8 Tage, in einem 8 Wochen an, trotz kräftiger Konstitution des Kranken. Die verwendeten Dosen betrugen 0,04 bis 0,06 Stovain. Die besten Dienste erweise die Rückenmarksanästhesie bei 75jährigen und älteren Leuten, trotz Herz- und Lungenerkrankungen. **Christel** (Metz).

Silbermark (Wien) hat in der v. Mosetig'schen Station im allgemeinen Krankenhause in Wien an 300 Spinalanalgesien ausgeführt und hierbei niemals irgendwelche Schädigungen, geschweige denn einen Todesfall erlebt.

S. läßt nur eine absolute Gegenanzeige gelten, und zwar ein Alter unter 16 Jahren. Die Beobachtungen erwiesen im übrigen, daß gerade dekrepide, herabgekommene Individuen die Analgesierung bei weitem besser vertragen, als junge kräftige Leute, die häufiger über Nachwirkungen klagten. S. hält die Spinalanalgesie direkt für ungefährlich, wenn man kein Kokain, sondern ein ungiftigeres Derivat, wie Tropakokain, Eukain oder Stovain, injiziert und gewisse sog. »Kleinigkeiten« in der Technik der Vorbereitung und Ausführung beachtet.

S. analgesiert aus bestimmten Gründen (vide Vortrag in der Gesellschaft der Ärzte in Wien, November 1904) stets in sitzender Position des Kranken und wendet seit langem nicht mehr Beckenhochlagerung an. In ungefähr 4% trat keine Analgesie auf (darunter 1mal bei Stovainisierung); doch spielen hierbei nebst geringerer Empfänglichkeit sicherlich in den meisten Fällen Fehler in der Technik die größte Rolle.

Was speziell die lästigen bulbären Symptome intra operat. anlangt, so hat S. das Auftreten von solchen (Brechreiz, Erbrechen, Kollaps) auf Grund einer Beobachtung und der daraus gefolgerten Abänderung in der Technik von 20% auf 9% herabgedrückt. (7mal Brechreiz, 1mal Erbrechen, 1mal unbedeutender Kollaps).

Obwohl S. von Anfang an entgegen der aufgestellten Regel höchstens 3—4 ccm Liquor abfließen ließ, traten in der 1. Serie

(200 Fälle) in 20,5% medullare Vergiftungserscheinungen, zumeist Erbrechen, intra operat. auf. Seitdem er jedoch höchstens 1 ccm Liquor entzieht — gegen 2 ccm Injektionsflüssigkeit — kommen zerebrale Erscheinungen äußerst selten vor. S. stellt zur Erklärung die Hypothese auf, daß durch die Entziehung von viel Liquor ein Unterdruck im Spinalkanal gesetzt werde. Infolge der Bestrebungen von seiten des Epithels diesen Unterdruck durch Flüssigkeitsproduktion so rasch als möglich auszugleichen, entstehe eine Art Strömung, die das giftige Anästhetikum rasch zur Medulla schaffe und die bulbären Symptome hierdurch auslöse. Werde hingegen kein Unterdruck geschaffen, so verbleibe das Anästhetikum an Ort und Stelle und werde von der Umgebung der Einstichstelle vollkommen oder fast vollkommen aufgenommen, so daß nichts oder nur minimale Mengen des einverleibten Giftes zur Medulla gelangen. Für die Annahme einer größeren lokalen Bindungsfähigkeit, die dem einen oder anderen Mittel spezifisch sei, sei kein Anhaltspunkt vorhanden. Über die Resultate seiner diesbezüglichen Versuche kann S. noch nicht berichten.

Auf Grund ihrer Erfahrungen sind v. Mosetig und S. unbedingte Anhänger der Methode Bier's, und zwar bei Operationen, die den Unterbauch und die unteren Extremitäten betreffen.

(Selbstbericht).

Neugebauer (M.-Ostrau) berichtet über 480 Spinalanalgesien. Die größte Mehrzahl wurde mit Tropakokain ausgeführt, doch wurden auch über Eukain, Stovain und Tropakokain in Gelatine Erfahrungen gesammelt. Lebensgefährliche Erscheinungen unmittelbar nachher oder spätere Schädigungen des Nervensystems wurden überhaupt nicht beobachtet. Die besten Erfolge ergab Tropakokain, doch waren auch nach diesem in 30% der Fälle Kopfschmerzen im Gefolge. Eukain und Stovain machten viel öfter Kopfschmerzen und vor Allem Erbrechen. Dagegen scheinen sich aus der Klapp'schen Idee, das Mittel in resorptionsverlangsamenden Mitteln (Gelatine) zu verabfolgen, vielversprechende Verbesserungen zu ergeben. Die Analgesie beginnt am Damm, ergreift dann die hinteren Flächen, darauf die vorderen Flächen der Extremitäten und schließlich die Inguinalgegend. Laparotomien soll man im allgemeinen von dieser Anästhesie ausschließen, da man dafür größere Dosen braucht und daher eher Vergiftungen erzielt.

(Selbstbericht.)

Preindlsberger (Sarajewo): Anfangs, wie die meisten Chirurgen, von dem Versuche der Rückenmarksanästhesie durch die Warnungen des Autors der Methode abgeschreckt, wurde P. vor 3 Jahren durch eine Publikation Neugebauer's auf das von Schwarz empfohlene Tropakokain aufmerksam, dessen relative Gefahrlosigkeit auch Prof. Bier bestätigte. Er hat im ganzen 305 Rückenmarksanästhesien in seiner Abteilung vorgenommen; dazu kommen noch 2 Fälle, die er in Wien bei v. Mosetig, 2 Fälle bei Frank, 3 Fälle bei O. Zuckerkandl, je 1 Fall bei Schnitzler und Chrobak ausführte. Über

seine ersten 45 Fälle hat er bereits berichtet, so daß er heute über 260 eigene bis April d. J. vorgenommene Rückenmarksanästhesien neuerdings referieren kann. Darunter sind nur 5 Fälle mit Eukain und 1 Fall mit Anästhesin.

Eukain gab P. auf, da er vielleicht zufälligerweise mit diesem Präparate keine günstigen Erfahrungen machte; Anästhesin versuchte er wegen seiner geringen Löslichkeit nicht weiter.

Er führte nur Operationen bis zur Unterbauchgegend aus, vorwiegend Herniotomien, urologische Eingriffe, Operationen am Mastdarm und den unteren Extremitäten.

Dabei ließ er die Kranken stets zwischen Allgemeinnarkose und Rückenmarksanästhesie wählen und führte meistens jene Eingriffe, die, mit kurzdauernder Narkose (Bromäthyl) oder mit lokaler Anästhesie vorgenommen, eine genügende Schmerzlosigkeit erwarten ließen, in letzterer Weise aus.

Von diesen letzten 260 Fällen, die er in ihrem ganzen Verlaufe, bis 4 Wochen nach dem Eingriffe, beobachten konnte, betrafen

das Alter	von	10—20	Jahren	=	36,
»	»	20—30	»	=	88,
»	»	30—40	»	=	51,
»	»	40—50	»	=	37,
»	»	50—60	»	=	17,
»	»	60—70	»	=	8,
»	»	70—80	»	=	3 Fälle.

14mal war eine oberflächliche, 19mal bei vollständigem Versagen der Wirkung eine tiefe Allgemeinnarkose erforderlich, 4mal mußte wegen Unruhe der Kranken die Narkose eingeleitet werden, und 2mal mißlang die Punktion des Rückenmarkskanals.

In allen übrigen Fällen trat eine komplette Wirkung ein.

Von üblen Zufällen beobachtete P. einen schweren Kollaps, der rasch vorüberging und dann die Allgemeinnarkose erforderte; 6mal leichte Kollapserscheinungen, eine Blässe, Ohnmachtsgefühl, Schweißausbruch, Kleinerwerden des Pulses; Temperaturerscheinungen: 3mal 1 Tag 38,5; 1mal 1 Tag 38,6; 1mal 1 Tag 38,2; 1mal 3 Tage bis 40,0; 1mal 1 Tag 39,5. Ein ausgesprochen neurasthenischer Pat. klagte mehrere Tage über ziehende Schmerzen in den Beinen. Am häufigsten beobachtete P. Kopfschmerzen als Folge der Injektion, und zwar:

19 Fälle	1 Tag	leichter Kopfschmerz.		1 Fall	3 Tage	heftiger Kopfschmerz.
3 »	2 Tage			1 »	7 »	
10 »	3 »					
1 Fall	4 »					
1 »	6 »					
1 »	8 »					

Bei den 5 Fällen, wo 0,03 Eukain injiziert wurde, war die Wirkung 2mal oberflächlich, 1mal blieb sie ganz aus, 3mal Kopfschmerzen, 1mal 38,5, 1mal 39,5 Temperatursteigerung. Von 1% igem Anästhesin

injizierte P. 1mal 0,01 bei einer Analfisteloperation; die Wirkung schien bei der etwas indolenten Pat. gut zu sein, Folgen traten keine ein.

Das häufigste Symptom, die Kopfschmerzen, könnten vielleicht bei einem anderen Anästhetikum vermieden werden; so beobachtete Sonnenburg nach seinen jüngsten Publikationen, daß Kopfschmerzen nach Injektion von Stovain nicht auftraten.

Wenn P., wie bei seiner ersten Publikation, die Operationen nach der Körperregion in drei Gruppen teile, so gelangten

I. Inguinal- und Unterbauchgegend 157 Eingriffe zur Ausführung:

146 freie Hernien { 125 komplette / 9 oberflächliche / 10 keine } Wirkung.

7 inkarzerierte Hernien, darunter 2 mit Darmresektionen, komplette Wirkung.

4 Sectio alta, komplette Wirkung.

II. Dammgegend: 51 Fälle.

2	Fistulae urethrales,		komplette Wirkung,
5	Prostatektomie,		» »
6	Lithothripsie,	1 oberflächliche, 5	» »
9	Hämorrhoidoperation,		» »
1	Vasectomia bilateralis,		» »
2	Varicokelenoperation (Narath)		» »
5	Semicastratio,		» »
6	Mastdarmablösung und Cystotomia perinealis,		» »
3	Fistula ani		» »
1	Urethrotomia externa		» »
3	Hydrokelenoperation,		» »
4	Periproctitis		» »
2	Exstirpatio recti,		vollkommene Wirkung,
1	» uteri vaginalis,		» »
1	Caries ossis sacri		» »

III. Untere Extremitäten: 48 Fälle.

3	Necrotomia cruris,	2	komplette,	1 ohne Wirkung,
4	» femoris,	4	»	Wirkung,
3	Vulnus sclopetar. femoris,	3	»	»
4	Amputatio cruris,	4	»	»
8	» femoris,	7	»	1 oberflächl. Wirkung
4	Resectio genus,	3	»	1 keine Wirkung,
1	Arthrotomia genus,	1	»	(Projektil im Knochen),
5	Resectio pedis,	5	»	Wirkung,
1	Enucleatio pedis,			1 oberflächl. Wirkung,
7	Incisio et excochleatio pedis,	6	»	1 » »
1	Osteotomia femoris bilateralis,	1	»	Wirkung,
1	Exstirpatio ulceris cruris,	1	oberflächlich,	
1	» bursae praepat.,	1	komplette Wirkung,	

1 Necrotomia pedis, 1 komplette Wirkung,
3 Enucleatio hallucis et metarsi, 3 » »
1 Incisio et excochleatio pedis, 1 » »

In den ersten bereits publizierten 45 Fällen von Rückenmarksanästhesie war

in der Gruppe I	die Anästhesie komplett	8mal,
	» » teilweise	4mal,
	» » keine	6mal;
in der Gruppe II	» » komplett	7mal,
	» » teilweise	1mal,
	» » keine	1mal;
in der Gruppe III	» » komplett	13mal,
	» » teilweise	2mal,
	» » keine	3mal.

Schwerere Folgen beobachtete P. in allen 305 Fällen 6mal, wenn er die Temperatursteigerungen abrechnet nur 2mal.

Tropakokain verwendete er in den Dosierungen von 0,04—0,07; nur 1mal in der ersten Reihe 0,08.

Die Punktionen führte P. fast ausschließlich in der Bier'schen Seitenlage aus; die Kranken wurden nach der Injektion in mäßige Beckenhochlagerung gebracht.

Die Lösungen wurden im Wasserbade in den vorbereiteten Glasphiolen sterilisiert, die dann zugeschmolzen wurden; vor der Verwendung neuerliche Sterilisierung; P. ließ sich vom Instrumentenmacher Reiner in Wien eine vollständig zerlegbare und sterilisierbare Metallspritze mit Bajonettverschlüssen anfertigen, die mit dem Trokar ebenfalls durch einen Bajonettverschluß verbunden werden kann.
(Selbstbericht.)

Goebel (Breslau) hat bei Fellachen mit Tropakokain 4% Mißerfolge erlebt und es wieder aufgegeben.

Bier (Schlußwort): Injektion und Operationen in Beckenhochlagerung sollen nur mit Paranephrinzusatz (3 Tropfen) gemacht werden, sonst seien Kollapse zu fürchten. Mißerfolge, wie die von Czerny und Hermes mitgeteilten, seien auf die angewendete Technik zurückzuführen; man injiziere nicht bei langsamem Abtropfen, sondern flottem Strome des Liquors. Laparotomie schließt B. von der Lumbalanästhesie aus. Bei allen bisherigen Mitteilungen sei wesentlich die Frage, ebenso wieviel Liquor abgelassen worden sei — nur eben soviel als zur Verdünnung erforderlich —, als auch wieviel Paranephrin man zugesetzt habe. Aus den Verschiedenheiten der Technik erklären sich wohl die sonstigen Differenzen. Wohl sei das Verfahren noch kein Fertiges, aber es sei diskutabel und für alte, dekrepide Leute zu empfehlen, besonders bei Operationen am Damm und Mastdarm. Spritze man größere Verdünnungen schnell ein, lasse sich die Anästhesie wohl höher treiben, doch warne er davor, weil Kollaps zu

befürchten sei. Er lasse den Pat. die Wahl der Anästhesierung; zeitweise wählten fast alle die lumbale, zeitweise wurde sie abgewiesen.

Christel (Metz).

---

9) **Küster** (Marburg). Ein Fall von örtlichem Tetanus. Antitoxineinspritzung in die Nervenstämme. Heilung.

Im Anschluß an den von Gumprecht gelieferten Nachweis, daß das Tetanusgift nur in den Bahnen der peripheren Nerven dem Zentralnervensystem zugeführt und von dorther erst das Krankheitsbild des Starrkrampfes eingeleitet werde, haben Meyer und Ransom weiter festgestellt, daß die giftleitenden Nerven gesperrt und dadurch das Rückenmark geschützt werden könne.

K. hatte Gelegenheit, die Richtigkeit dieser Theorie auch am Menschen zu prüfen. Ein 37jähriger Angestellter des v. Behring-schen Institutes zog sich im Jahre 1902 Schnittwunden der rechten Hohlhand durch das Zerbrechen einer mit virulenter Tetanusbazillenkultur gefüllten Glasflasche zu. Die Wunden wurden mit Tetanusantitoxin gewaschen und eine subkutane Einspritzung gemacht. Vom 7. Tag an traten im rechten Arme zunehmende schmerzhafte Muskelkrämpfe auf; zugleich begannen die Nacken-, Kiefer- und Speiseröhrenmuskeln sich zu beteiligen. K. legte nunmehr erst das Achselnervengeflecht frei und spritzte Antitoxinheilserum in die Stämme der drei Armnerven bis zu deren Aufquellung; das gleiche Verfahren wiederholte er an den Cervicalnerven über dem Schlüsselbeine. Schon am nächsten Morgen waren die Erscheinungen fast vollkommen geschwunden und kehrten nicht zurück; dagegen entwickelte sich nach wenigen Tagen eine sehr schmerzhafte und langdauernde Myositis, welche K. nicht auf die Einspritzung zurückführt, da ähnliches schon früher beobachtet worden ist. Der Mann wurde vollkommen geheilt.

Hiernach empfiehlt K. das Verfahren, indem er annimmt, daß die beginnende Beteiligung des Rückenmarkes kein Hindernis für dessen Anwendung bilde, weil nach Sperrung der Giftzufuhr der Körper mit den schon eingedrungenen Giftmengen fertig werde.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

König sen. (Jena) wünscht zu wissen, welche allgemeinen Tetanussymptome (Trismus usw.) Pat. gehabt hat? Dies sei wichtiger, als die Erscheinungen im Arme.

Küster hat auch Trismus konstatieren können.

Hertle (Graz) beobachtete im September 1904 einen Tetanusfall in der Klinik, der nach 8tägiger Inkubation aufgetreten war. Am 3. Tage kam Pat. zur Aufnahme. Die Wunde wurde exzidiert und Tetanusantitoxin in die Wunde und in die drei Nervenstämme des Armes gebracht. In den ersten Tagen war eine entschiedene Besserung zu konstatieren, nach 6 Tagen plötzliche Verschlimmerung und Tod nach wenigen Stunden.

H. glaubt die Besserung auf eine Absperrung des Toxins vom übrigen Körper zurückführen zu sollen. Die Injektionen sollten jedenfalls öfters wiederholt werden.

Braun (Göttingen) hält bei allgemeinem Tetanus die lokalen Injektionen nicht für anwendbar. Schon bei 10tägiger Dauer der Erscheinungen sei von den Injektionen nichts mehr zu erwarten.

Kocher (Bern) hat einen Fall mit Injektionen behandelt und sah Heilung eintreten. K. hatte einen günstigen Eindruck von der Methode, von der man jedoch nicht zuviel verlangen dürfe. Das Antitoxin sei vielleicht imstande, das Toxin in den Nervenstämmen zu zerstören.

Küster (Marburg) hält die Prognose bei den von **Braun** erwähnten Fällen für ungünstig. Er habe auch besonders die Fälle gemeint, wo der Tetanus noch lokal beschränkt sei, und rät, so früh wie möglich mit den Injektionen zu beginnen.

König sen. (Jena) hat auch ohne Antitoxinbehandlung manchen Tetanus ausheilen sehen. Besonders kommen auch sonst vorübergehende Besserungen vor, die zuweilen in Heilung ausgehen.

Jaffé (Hamburg).

---

10) **C. Lauenstein** (Hamburg). Wie läßt sich das Anhaften der Verbandgaze an die Granulationen der Höhlenwunden nach Möglichkeit verhindern?

Der Lister'sche Grundsatz des »to be let alone« bringt den Chirurgen in die Lage, in Höhlenwunden die tamponierende Gaze längere Zeit liegen zu lassen. Die mißliche Folge davon ist ein Hineinwachsen und ein Anhaften der Verbandstoffe an die Granulationen. Die Frage, wie dies zu verhindern ist, läßt sich durch die A- und Antisepsis nicht lösen; denn je exakter diese durchgeführt werden, desto inniger verbinden sich die Verbandstoffe mit der Wunde. Erfahrungen mit den sogenannten unorganischen Verbandstoffen, Sand, Asche, Glaswolle, später Jodoform, haben dies zur Genüge erwiesen. Auch ob die Verbandstoffe feucht oder trocken sind, hat keine Bedeutung für die vorliegende Frage. Denn die trocken verwendeten Verbandstoffe werden in ganz kurzer Zeit durch das Wundsekret in feuchte verwandelt. Für weniger absondernde oberflächliche Wunden und Granulationsflächen schalten wir mit Nutzen gegen das Anhaften der Verbandstoffe besondere dünne Lagen von Stoffen ein, wie Protective Silk, Credé'schen Silberverbandstoff, Salbenmulle usw. Diese den Tampon von der Granulationsfläche trennenden Schichten sind aber bei Höhlenwunden nicht zweckmäßig. Nach vielfältigen Versuchen hat sich uns das Tränken der Gazestoffe mit Paraffinum liquidum sterilisatum am besten bewährt, und wir haben davon bei einem jetzt $1^1/_2$jährigen Gebrauche keinerlei Schädlichkeiten für die Wunde noch für das Allgemeinbefinden der Kranken und Verletzten beob-

achtet. Über diese in die Wunde gelegte, mit Paraffinum liquidum getränkte Gaze kommt der gewöhnliche sterile, aseptische Okklusivverband. Sekretretention haben wir bei Anwendung dieser Tränkung der Verbandstoffe mit Paraffinum liquidum ebenfalls nie beobachtet, und es scheint, als ob die Kapillarität der Verbandstoffe durch diese Durchtränkung in keiner Weise herabgesetzt würde.

Zweckmäßig ist es, die Gaze eine Zeitlang vor dem Gebrauche zu durchtränken, damit das Paraffinum liquidum alle Fasern imprägniert. Das Paraffinum liquidum wird einfach durch Erhitzen im Wasserbade sterilisiert. (Selbstbericht.)

---

11) **C. Lauenstein** (Hamburg). Zur praktischen Anwendung der Esmarch'schen Konstriktion.

Die Lähmungen, die früher zuweilen bei zu langem Liegen der elastischen Binde auftraten, hat L. seit Jahren dadurch vermieden, daß er unter die elastische Binde in der Richtung und dem Verlaufe der Arterie eine aufgerollte Binde legt und so eine unnötige Zusammenschnürung der übrigen Weichteile der Glieder und insbesondere der Nerven vermeidet. Demonstration. (Selbstbericht.)

Kopf und Gesicht.

12) **A. Stieda** (Halle a. S.). Beitrag zur Frage des Verschlusses traumatischer Schädeldefekte.

In der Frage der Behandlung traumatischer Schädeldefekte ist bisher noch keine vollständige Einigung zustande gekommen. Die Frage: »Sollen Schädeldefekte offen bleiben?« wurde wieder aktuell durch Kocher's warnende Äußerung: »Nicht die Eröffnung des Schädels bei Kopfverletzungen bringt den größten Schaden, sondern der Verschluß desselben«. (Chirurgenkongreß 1899.)

Vortr. bespricht die Art der Behandlung bei komplizierten Schädelfrakturen und traumatischen Schädeldefekten in der chirurgischen Klinik in Halle, an der Geh.-Rat v. Bramann das Prinzip verfolgt, einen möglichst raschen und vollständigen, knöchernen Verschluß bei Schädeldefekten zu erzielen, da in einem größeren Schädeldefekt in jeder Hinsicht ein Locus minoris resistentiae zu erblicken ist. Vortr. berichtet über die in der Klinik beobachteten bezw. behandelten Schädelverletzungen aus einem Zeitraume von 7 Jahren (1. April 1897 bis 1. April 1904). Von 48 Fällen (nicht eingerechnet: Fissuren und Schußverletzungen des Schädels, sowie Schädelbasisbrüche) gelangten 31 zur genauen Nachuntersuchung; 5 waren kurz nach eingetretener Verletzung, einer nach 3 Wochen an Typhus gestorben; 9 konnten nicht ermittelt werden. Von diesen 33 Fällen war 15mal die sofortige Reimplantation

der beim Débridement entnommenen Knochenstückchen oder die Einpflanzung von Lamina externa-Stückchen aus der Umgebung (schon 1898 angewandt), 9mal die sekundäre (intermediäre) Implantation von ausgekochten Knochenstückchen (nach 8—10 Tagen bei gut granulierender Wunde), 8mal nach vollständiger Vernarbung eine osteoplastischen Operation an den Defekten in der Klinik vorgenommen worden. 2 Fälle waren auswärts operiert.

Bei den osteoplastischen Operationen waren angewandte Methoden: Müller-König'scher Haut-Periost-Knochenlappen; Periost-Knochenlappen, verschoben oder umgeklappt (schon 1895 von v. Bramann angewandt); Plastik aus der Tibia.

Die primäre Reimplantation und osteoplastischen Nachoperationen glückten durchweg. Bei den sekundären (intermediären) Implantationen (auf die Granulationsflächen) trat 4mal Resorption resp. Sequestrierung der ausgekochten Knochenstückchen ein. Es resultierten dabei bleibende Defekte.

Die bis auf einige Ausnahmen persönlich vorgenommene Nachuntersuchung ergab:

I. Von 5 offenen pulsierenden Schädeldefekten haben alle bis auf einen (kleiner Defekt im linken Stirnbein) erhebliche Beschwerden. Diese bestehen in Kopfschmerzen, Flimmern vor den Augen, Brausen und Pochen im Kopfe, namentlich bei rascheren Bewegungen, Schwindelanfällen, bis zum Umfallen.

II. Die 15 Fälle primärer Implantation liefern ein äußerst günstiges Resultat: 10 sind völlig beschwerdefrei, 3 klagen nur über zeitweise eintretende Kopfschmerzen, 1 (nur briefliche Mitteilung!) will an Schwindelanfällen leiden; 1 Fall betrifft einen Paralytiker.

III. Von den 5 Verletzten, bei denen die sekundär (nach 8 bis 10 Tagen) implantierten, ausgekochten Knochenstückchen einheilten, haben 4 Beschwerden, die in Kopfschmerzen, namentlich bei großer Hitze, und zeitweise auftretenden Schwindelanfällen bestehen; 1 ist beschwerdefrei.

IV. Bei 8 durch osteoplastische Nachoperationen geheilten Schädeldefekten wurde bei 6 nach Müller-König, bei einem sehr großen Defekt teils nach dieser Methode, teils mit Umklappen eines Periost-Knochenlappens, bei einem nach Seydel (Stück aus der Tibiacorticalis) verfahren. Letzterer (briefliche Mitteilung!) hat geringe Beschwerden. Von den anderen 7 leidet einer an epileptischen Krämpfen (der einzige von allen 30 operierten Fällen!). Bei diesem handelte es sich um ausgedehnte Zerschmetterung des rechten Stirn-, Schläfen- und Scheitelbeines mit subduralem Hämatom und Zertrümmerung des unterliegenden Gehirnes, von dem Teile entfernt werden mußten. Sofort nach der Verletzung bestand linksseitige Lähmung. Es vergingen 4 Monate bis zur Vernarbung. Dann Osteoplastik. 1/4 Jahr danach Auftreten von epileptischen Krämpfen, deren Ursache in der Veränderung des Gehirnes selbst gesehen werden mußte.

Lähmung des linken Armes bleibt bestehen. Keine weitere Nachoperation.

Die anderen 5 sind völlig beschwerdefrei. Bei zweien von diesen wurde die osteoplastische Operation wegen bestehender Epilepsie vorgenommen und dadurch Heilung erzielt. (4¼ und 1½ Jahre Beobachtungsdauer), bei den anderen dreien, um sie vor schädlichen Folgen zu bewahren: einer von diesen genügte 1½ Jahre danach seiner 3jährigen Militärpflicht.

Auf Grund dieser an der Hallenser Klinik gemachten Erfahrungen empfiehlt Vortr. dringend den möglichst frühzeitigen knöchernen Verschluß eines traumatischen Defektes, und zwar als geeignetste Methoden: 1) bei vollständig aseptischen oder aseptisch zu gestaltenden Wundverhältnissen die primäre Implantation mit Verschluß der Hautwunde oder 2) nach eingetretener Heilung der Wunde: Exzision der Narbe und osteoplastische Operation nach Müller-König mit Haut-Periost-Knochenlappen oder Periost-Knochenlappenbildung, ehe sich etwa eine »epileptische oder spasmophile Veränderung des Gehirns« (im Sinne Féré's, Jolly's und Unverricht's) ausgebildet hat. (Selbstbericht.)

---

13) **Kümmell** (Hamburg). Die operative Behandlung der eitrigen Meningitis.

Die diffuse eitrige Meningitis ist bisher nur in wenigen Fällen Gegenstand operativen Eingreifens gewesen, und die operierten Fälle sind nur ausnahmsweise zur Heilung gelangt. Die Möglichkeit der Heilung ist in letzter Zeit mehrfach betont und einem aktiven Vorgehen mehr das Wort geredet. Die zirkumskripte Form der eitrigen Meningitis, wie sie sich an otitische Eiterungen oft anschließt, ist mehrfach mit gutem Erfolg operiert, und in der Literatur ist eine größere Zahl geheilter Fälle mitgeteilt. Auch K. hat im Laufe der Jahre bei drei Fällen zirkumskripter eitriger Meningitis, welche sich an Ohreiterungen anschloß, durch breite Trepanation Heilung erzielt, in anderen Fällen trat der Tod trotz Operation ein.

Auch bei tuberkulöser Meningitis hat K. mehrfach die Trepanation ausgeführt, ohne jedoch Heilung zu erzielen, wohl aber wurden die heftigen Kopfschmerzen und das Fieber günstig beeinflußt.

In dem operativ geheilten Falle handelte es sich um einen 33 Jahre alten Mann, welcher sich durch Fall von der elektrischen Bahn eine Schädelbasisfraktur zugezogen hatte. Es schloß sich eine eitrige Meningitis an, welche außer den klinischen Symptomen durch die Lumbalpunktion, bei welcher dicker Eiter unter hohem Druck entleert wurde, festgestellt wurde. Am 10. Tage nach der Verletzung wurde der schwer benommene, fast pulslose Mann operiert. Aus beiden Scheitelbeinen wurden 5markstückgroße Stücke trepaniert und Gazestreifen möglichst tief nach der Schädelbasis eingelegt. Von Tag zu Tag zunehmende Besserung. Die am 3. Tag ausgeführte Lumbalpunktion

entleerte noch leicht trübe Flüssigkeit, am 6. Tage war dieselbe vollkommen klar. Als Pat. nach ca. 10 Tagen zu sprechen begann zeigte sich, daß er vollkommen aphasisch und agraphisch war. Auch diese Erscheinungen schwanden, und war Pat. nach 4 Wochen vollkommen gesund und arbeitsfähig.

In einem zweiten Falle von aufsteigender Meningitis, im Anschluß an einen operativen Eingriff am Wirbelkanal entstanden, besserten sich die Erscheinungen, Benommenheit und Schmerzen schwanden jedoch ging Pat. nach einigen Tagen zugrunde. (Selbstbericht.)

---

14) **Friedrich** (Greifswald). Neue Erfahrungen über operative Beeinflußbarkeit des Epileptikergehirnes.

F. berichtet über Beobachtungen der operativen Beeinflußbarkeit des Epileptikergehirnes, welche er zusammen mit dem Direktor der psychiatrischen Klinik in Leipzig, Geh.-Rat Flechsig, seinerzeit gesammelt.

Bei der großen Bedeutung, welche die individuelle Disposition des Gehirnes für die epileptische Erkrankung hat, war es zunächst wenig wahrscheinlich, daß eine operative Beeinflussung genuiner Epilepsie durch Trepanation erzielt werden könne. Nach den Mitteilungen Kocher's aus dem Jahre 1893 und zum Chirurgenkongreß 1900 mußte jedoch mit der Möglichkeit einer Beeinflussung gerechnet werden.

Diejenigen Fälle, welche F. zum Gegenstande seiner Erörterungen macht, liegen seit der Operation 4—6 Jahre zurück, so daß über die Dauer der operativen Einwirkung mit einer gewissen Zuverlässigkeit ein Urteil gewonnen werden konnte.

Es handelt sich um elf Fälle von sog. genuiner Epilepsie, bei welchen der Krankheitsbeginn zu einem größten Teile bis 25 Jahre, jedenfalls nicht unter einer Reihe von Jahren zurücklag, und bei welchen das Krankheitsbild ein verhältnismäßig schweres, in mehreren Fällen ein sehr schweres war, insofern die Zahl, Dauer und Schwere der Anfälle, ja in mehreren Fällen die schon eingetretene postepileptische Idiotie einen Maßstab abgeben.

F. erörtert, in welch' verhältnismäßig großer Zahl von Fällen genuiner Epilepsie Traumen das Krankheitsbild einleiten oder die Erkrankung erst allmählich in die Erscheinung treten lassen. Er erörtert weiter, in wievielen Fällen bei sorgfältigster Absuchung des Schädels, nach Rasur der Haare, traumatische Residuen nachweisbar sind, wenn es auch natürlich für viele dieser Narben sehr zweifelhaft sein kann, ob sie in irgendwelcher Beziehung zur Auslösung der Epilepsie stehen. Unter Charakterisierung des Standpunktes der namhaftesten Autoren gegenüber dem Problem der Epilepsie in experimenteller und klinischer Hinsicht, betont F. die von den meisten doch adoptierte Auffassung, daß für jeden Anfall der primäre Reiz der Auslösung in die Gehirnrinde zu verlegen sei. Nur so wird es plausibel, daß

man bei operativer Inangriffnahme traumatischer Stellen des Schädels auch bei Fällen eine Beeinflussung des Gehirnes erzielen könne, welche als genuine Epilepsie bezeichnet würden. Er hebt weiter hervor, daß es eine anerkannte Tatsache sei, daß ursprünglich traumatisch-epileptiforme Zustände in denjenigen der sog. genuinen Epilepsie übergehen können, und daß dementsprechend ein großer Prozentsatz genuiner Epileptiker primär traumatogener Genese sei; natürlich immer unter Festhaltung der Tatsache, daß nur bei vorhandener Hirndisposition, wie sie namentlich durch neuropathische Belastung gegeben sei, es zur Entwicklung der Epilepsie komme. F. möchte daher auch Fälle sog. genuiner Epilepsie eingehendst auf ihre traumatische Vergangenheit studiert wissen, fordert eine sehr sorgfältige Prüfung der Symptomatik der Aura, des Verhaltens der Kranken in der anfallsfreien Zeit, der Prüfung subjektiver Sensationen u. a. m., um aus alledem einen Schluß zu gewinnen, von welcher Stelle der Hirnrinde in der ersten Anfallszeit der Erkrankung der Reiz ausgegangen sei, um sich jetzt auch an diese Stelle operativ zu wenden. Nichts liegt ihm ferner, als etwa mit dem Vorschlage hervorzutreten, die genuinen Epileptiker sind zu operieren; er glaubt nur seinen Erfahrungen entnehmen zu müssen, daß bei allseitiger, sehr sorgfältiger Beobachtung hier und da unter den genuinen Epileptikern ein Fall zu finden sei, dessen Anamnese und Symptomatik einen Hinweis oder eine Unterlage für operatives Vorgehen biete.

Was die Art des Vorgehens anlangt, so hat sich F. im wesentlichen an Kocher's Vorschlag einer größeren Trepanationslücke und Exzision der Dura mater gehalten; nie hat er Ventrikeldrainage ausgeführt, und meist hat er die Trepanation etwas größer ausgeführt als Kocher angegeben. Bei dem Zusammentreffen der Symptomatik mit einer traumatisch veränderten Stelle hat er dort trepaniert, sonst die Lücke im hinteren Bereiche des rechten Stirnhirnes angelegt.

F. hat aus seinen Beobachtungen am Menschen nicht den Eindruck gewonnen, als ob die Kocher'sche Theorie für alle Fälle zulässig sei. Sowohl hinsichtlich dieses Punktes, als seiner Angaben über die Symptomatik und die Indikationsstellung ist der Originalbericht der Kongreßverhandlungen einzusehen.

Unter den elf Fällen, die F. zum Gegenstande seiner Mitteilungen macht, ragen drei hervor, von denen einer seit der Operation, obgleich das epileptische Krankheitsbild ein außerordentlich schweres, mit Idiotie einhergehendes gewesen war, nie wieder Anfälle gehabt hat und psychisch in einer Weise gebessert worden ist, wie es alle Erwartungen übertraf. Bei ihm hatte die Epilepsie seit 13 Jahren bestanden. Ein zweiter ist so namhaft gebessert, daß er durch seine Erkrankung in einem aufreibenden Berufe nicht mehr gestört wird, ebenso ein dritter derart, daß er einem wissenschaftlichen Berufe mit Erfolg obliegen kann. Selbst drei der hoffnungslosesten genuinen Epileptiker mit psychischer Alteration, bezw. Idiotie, haben eine Beeinflussung gezeigt, so zwar, daß in zweien der Fälle der Charakter der Anfälle sich auf

Wochen oder Monate günstig verändert gezeigt hat, um dann dem alten Krankheitsbilde wieder vollständig gleich zu werden; der dritte dieser Fälle ist 1 Jahr lang anfallsfrei geblieben, hat dabei eine Veränderung der Psyche im ungünstigen Sinne gezeigt, aber den Gesamteindruck eines wesentlich veränderten epileptischen Gehirnes geboten. Bei den übrigen Fällen, bei denen in dreien eine hinreichende Kontrolle nicht durchführbar war, und die deshalb als mangelhaft beobachtet von F. gekennzeichnet sind, wenn sie auch während der Zeit der möglichen Beobachtung das Bild einer Besserung geboten haben[1], sind die beobachteten Veränderungen in der Originalmitteilung eingehend dargestellt. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Kümmell (Hamburg) erwähnt, daß seine Dauerresultate nicht so günstig waren wie Friedrich's. Der anfängliche Erfolg war günstig; die Anfälle hörten meist bis zur Dauer eines Jahres auf. Einmal wurde derselbe Pat. zweimal operiert. Dauernd fortgeblieben sind die Anfälle nur bei einem 7jährigen Knaben. **Jaffé** (Hamburg).

---

15) **Friedrich** (Greifswald). Dauerheilung schwerer Psychose durch Tumorexstirpation im rechten Stirnhirne. Demonstration.

F. demonstriert den Kranken, bei welchem er vor $4^1/_2$ Jahren durch Tumorexstirpation im rechten Stirnhirn eine seit über 1 Jahr bestehende schwere Dementia paralytica-ähnliche Psychose unmittelbar zur Heilung zu bringen vermochte, und deren Träger bis zum heutigen Tage vollkommen gesund geblieben ist. Es ist derselbe Kranke, welcher von F. gelegentlich des vorjährigen Vortrages von Borchard erwähnt wurde, und dessen Krankengeschichtendetails gelegentlich der Naturforscherversammlung in Karlsbad, wobei der Kranke erstmalig demonstriert wurde, wiedergegeben und in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie von F. unter den »Mitteilungen zur Hirnpathologie, insbesondere zur Pathologie des Stirnhirnes« (Bd. LXVII) eingehend mitgeteilt worden sind. (Selbstbericht.)

---

16) **Borchardt** (Berlin). Cholesteatom der hinteren Schädelgrube.

46jähriger Mann, der vor einem Jahre durch einen Fall eine leichte Schädelverletzung, d. h. einfache Hautwunden und vielleicht

[1] Ganz besonders gegenüber den Referaten über unseren Chirurgenkongreß, wo zum Teil in entstellter Weise über das Vorgetragene berichtet zu werden pflegt, möchte F. nochmals betont haben, wie er es auch während seines Vortrages getan hat, daß ihm vielmehr an der theoretisch bedeutsamen Seite seiner Ausführungen gelegen war, daß nämlich doch das Gehirn dieser schwer kranken Epileptiker innerhalb gewisser Grenzen operativ beeinflußt werden kann, als an der praktischen; insbesondere möchte er vor der Inangriffnahme unzureichend ausgewählter Fälle zwecks »Heilung der Epilepsie« vielmehr aufs eindringlichste gewarnt haben.

eine leichte Hirnerschütterung davontrug. Trotz schneller Heilung blieben Kopfschmerzen bestehen, zu denen sich Brechneigung und Abnahme des Sehvermögens gesellten.

Bei genauer Untersuchung zeigte sich doppelseitige Stauungspapille, Ataxie mit der Neigung des Körpers, nach links zu fallen, Nystagmus in den Endstellungen und sehr starker Druckschmerz des linken Occipitale.

Operation: Freilegung der linken hinteren Schädelgrube; nach Entfernung des Knochens kommt man auf Cholesteatommassen. 90 g wurden entfernt; enorme Kompression der linken Groß- und Kleinhirnhemisphäre. Weichteillappen zurückgeklappt, Wunde fast völlig vernäht. Schneller Schwund der Kopfschmerzen und der Stauungspapille. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Benda (Berlin) hält die Diagnose der Cholesteatome für äußerst schwierig und daher die Aussichten auf erfolgreiche Operation für sehr gering. Er selbst sah unter 10000 Sektionen nur drei Fälle hiervon. Wichtig ist die Entfernung der Kapsel bei der Operation, da sonst Rezidive entstehen können. Die Cholesteatome proliferieren und wachsen, ohne eigentlich malign zu sein, ähnlich wie Karzinome.

Jaffé (Hamburg).

---

17) **Lexer** (Berlin). Vereinfachung der Resektion des dritten Trigeminusastes an der Schädelbasis.

Unter den vielen Abänderungen, welche das von Krönlein stammende Verfahren zur Aufsuchung des zweiten und dritten Trigeminusastes an der Schädelbasis erlitten hat, blickt großenteils das Streben nach Vereinfachung durch. L. hat sich mehrfach an der Leiche und zweimal am Lebenden davon überzeugt, daß man in der Vereinfachung der Operation noch einen Schritt weiter gehen kann, als es z. B. Kocher und Hildebrand tun, wenn man, ähnlich wie bei der von L. angegebenen Resektion des Ganglion Gasseri, das Jochbein und den Jochbogen subkutan durchtrennt.

Es genügt dazu ein horizontal am oberen Jochbogenrande durch die Haut und Temporalfascie verlaufender Schnitt, der im oberen vorderen Jochbeinwinkel beginnt und dicht vor der Art. temporalis endigt. Verzieht man den hinteren Mundwinkel etwas nach abwärts, so gelingt es leicht, den Ansatz des Jochbogens mit einer Drahtsäge schräg nach hinten und außen zu durchtrennen. Darauf wird der Meißel wie bei der Ganglionoperation dicht am Fuße des Processus frontalis des Jochbeines angesetzt und dieses unter Schonung der sämtlichen Weichteile — also vollkommen subkutan — schräg nach unten und vorn durchschlagen. Wird der nunmehr freiliegende M. temporalis an seinem hinteren Rande vom Knochen gelöst und mit einem stumpfen Haken gefaßt und kräftig nach vorn gezogen, so gelangt man an die Crista infratemporalis, an welcher das Periost durch-

schnitten wird. Setzt man dann in die querverlaufende Periostwunde einen 2 cm breiten Haken, löst das Periost und die Ansätze der Flügelmuskeln vom Knochen und zieht sie samt dem Jochbogen nach abwärts und etwas nach vorn, so liegt mit einem Schlage die Fossa infratemporalis und in ihrem hinteren Abschnitte das Foramen ovale samt dem dritten Aste zutage. Mit einem Häkchen wird der Nerv vorgezogen, mit der Zange gefaßt und ausgedreht. Auch der zweite Ast läßt sich unschwer erreichen und resezieren. Die Art. meningea kommt nicht zu Gesicht; denn bedeckt vom Processus condyloideus wird sie erst sichtbar, wenn man vom vorderen Wundwinkel nach hinten in die Tiefe blickt. Die Blutung stammt wesentlich aus einer Vene, welche, aus dem Foramen ovale kommend, sich mit dem Plexus pterygoideus vereinigt. Der letztere wird nicht verletzt. Die Tamponade der Wunde reicht nach wenigen Minuten zur Blutstillung hin. In beiden Fällen konnte die Hautwunde vollkommen geschlossen werden, da die Blutung gering war. Die Hautnaht genügt, um den nach oben zurückgeschobenen Jochbogen in seiner Lage zu erhalten.

Das Wesentlichste der ganzen Modifikation ist der einfache Schnitt und die subkutane Durchtrennung des Jochbogens; als Vorteile sind hervorzuheben: 1) die Operation läßt sich rasch vollenden, 2) eine Facialisverletzung ist, abgesehen von den Stirnästen, mit voller Sicherheit zu vermeiden, 3) eine Arterienunterbindung (Art. temporalis und meningea) fällt fort, 4) der Unterkiefer bleibt unberührt, 5) eine Knochennaht ist unnötig. (Demonstration am Präparate.)

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Krönlein (Zürich) hält das von Lexer geschilderte Verfahren für gut, wenn die Blutung nach der provisorischen Tamponade wirklich zum Stehen kommt.

Jaffé (Hamburg).

---

18) **Axenfeld** (Freiburg). Krönlein's Orbitalresektion zur Behandlung retrobulbärer Geschwülste und Entzündungen.

Der Aufforderung des Vorsitzenden entsprechend, bespricht Vortr. die Indikationen und Erfolge der temporären Orbitalresektion vom Standpunkte des Ophthalmologen und nach eigenen Erfahrungen.

Obwohl die seitlich neben dem Bulbus fühlbaren Orbitaltumoren oft auch unmittelbar von vorn mit Erhaltung des Bulbus sich entfernen lassen, ist doch für die tief nach hinten reichenden die temporäre Orbitalresektion eine wesentliche Erleichterung, weil sie Raum schafft und Nebenverletzungen eher vermeidet. Außen gelegene Tumoren wird man direkt von der Resektionswunde aus entfernen. Vortr. demonstriert Bilder von Fällen, in welchen ihm die Resektion gute Dienste leistete.

Unentbehrlich aber ist sie für die eigentlich retrobulbär gelegenen Tumoren, weil man mit ihr sieht und diagnostiziert, bevor man exstirpiert. Das ist aber durchaus notwendig, weil nicht einmal die

eigentlichen Sehnerventumoren ein nur für sie charakteristisches Bild ergeben.

Vortr. erörtert an einem Falle von Pseudoleukämie und einem von retrobulbärem Echinokokkus die Möglichkeit von Verwechslungen und verwirft deshalb den von anderer Seite gemachten Vorschlag, bei »sicher diagnostizierten« Sehnerventumoren das alte Knapp'sche Verfahren in Anwendung zu ziehen, zumal das letztere bezüglich der Erhaltung des Augapfels nicht so oft gute Resultate ergibt, wie die Krönlein'sche Methode. Natürlich ist auch für die Krönlein'sche Methode nur dann ein Erfolg möglich, wenn es sich nicht um diffuse maligne Tumoren handelt.

Auch auf dem Gebiete der retrobulbären Entzündungen leistet die Orbitalresektion gute Dienste, nämlich für tiefliegende Erkrankungen, die sich nicht auf eine Nebenhöhle usw. zurückführen lassen. Vortr. hat zweimal eine von den tiefsten Siebbeinzellen in die Orbita durchgebrochene Eiterung mit voller Funktion des Auges zur Ausheilung gebracht; es wurde hier nach Verlängerung des Schnittes in der Augenbraue die Exstirpation des Siebbeines von innen her gleich angeschlossen.

Bei drei anderen Fällen fand sich retrobulbär noch kein Eiter, sondern nur Infiltration, die nach der Resektion zurückging. Bei solchen Fällen soll man nicht zu intensiv im Orbitalgewebe suchen, es kann dadurch die Ernährung des Sehnerven Schaden leiden.

Vortr. bespricht dann noch einige technische Besonderheiten und hebt unter Hinweis auf die Literatur zusammenfassend hervor, daß die Krönlein'sche Methode in einem bis dahin unbefriedigenden Gebiet einen bedeutsamen und sehr dankenswerten Fortschritt bedeute.

(Selbstbericht.)

---

19) **Helbron** (Berlin). Die Krönlein'sche Operation.

H. spricht über die Technik und die Erfolge der Operation.

Diskussion.

Krönlein (Zürich) erinnert daran, daß er vor 21 Jahren die erste Operation nach der von ihm genannten Methode gemacht habe. Erst die Ophthalmologen haben sie später wieder entdeckt und empfohlen.

Jaffé (Hamburg).

Franke (Braunschweig) schließt sich auf Grund eigener Erfahrungen dem günstigen Urteile der Vorredner über die Krönlein'sche Operation an, muß aber doch bemerken, daß sie für manche Fälle nicht ganz genügt, sobald es sich nämlich um in der Tiefe der Innenseite der Augenhöhle entwickelte Geschwülste handelt. Für diese Fälle empfiehlt F. die von ihm an der Leiche geprüfte, schon mehrfach angewandte und im LIX. Bande der deutschen Zeitschrift für Chirurgie beschriebene »neue Methode der osteoplastischen Freilegung der Orbita«, die nach bogenförmigem, in den Augenbrauen geführtem

und nach der Nase zu umbiegendem Schnitte bis auf den Knochen in der Herabklappung des mit dem Meißel abgetrennten oberen Augenhöhlenrandes besteht. Sie gewährt gute Übersicht, hinterläßt eine fast gar nicht sichtbare Narbe und keine Störungen außer vorübergehender Anästhesie der betreffenden Stirnhälfte. Wie es seither auch schon andere Operateure taten, wird sie primär oder im Anschluß an die Krönlein'sche Operation ausgeführt. Die Aufklappung nach oben ist weniger zu empfehlen. (Selbstbericht.)

---

20) **F. J. Rosenbach** (Göttingen). Über die malignen Gesichtsfurunkel und ihre Behandlung.

So bekannt die Gefährlichkeit gewisser Gesichtsfurunkel ist, so wenig sind die Ursachen ihrer Malignität aufgeklärt. Auch über die Behandlungsweise ist man nicht einig. Durch neuere Beobachtungen, u. a. von Lenhartz und Lexer, ist festgestellt, daß die Krankheitserreger nur gewöhnliche Staphylokokken sind. Es beruht also die Malignität auf einer hohen Virulenz derselben, welche zweifellos erst in dem betreffenden Furunkel entsteht.

Mikroskopische Studien von malignen Furunkeln in den ersten Stadien ergaben besondere Befunde, aus denen sich die Entstehung der malignen Phlegmone und der Virulenzsteigerung erklären läßt. Diese Erklärung kommt darauf hinaus, daß das anatomische Verhältnis der Gesichtsmuskeln zur Haut und zum Unterhautzellgewebe dazu führen kann, daß die Aktion dieser Muskeln Infektionsmaterial aus dem Furunkel in die Gewebsmaschen der Nachbarschaft einpreßt und einpumpt. Schon von gutartig verlaufenen Lippenfurunkeln sieht man häufig nach oben oder außen harte Eiterstränge ausgehen. Diese entstehen durch Einschieben infektiösen Furunkelmateriales, durch Bewegungen vielleicht des M. quadratus, des Labium sup., des Caninus, Zygomaticus, Risorius usw. Leichter und energischer kann solches Material durch den Orbicularis oris eingepreßt werden. Durch die obenerwähnten mikroskopischen Befunde ließen sich die Effekte der Einpressung in die Gewebsmaschen in Form eigentümlicher, kokkenhaltiger Eitergänge nachweisen und ihre Entstehung vom ersten Beginn an verfolgen. Die Virulenzsteigerung erklärt sich durch das immer erneute Aufgehen der Kokken an neuen, bis dahin intakten Stellen des Gewebes, in welchem sie vorwärtsgepreßt werden. Was die Behandlung betrifft, so ist das Zuwarten zu verwerfen. Es sind vielmehr rücksichtslose, breit klaffende Inzisionen anzulegen (event. mit Flächenschnitten in der Tiefe), welche womöglich die Einpressungskanäle berücksichtigen. In die Schnitte werden schwach jodoformierte, mit 3%iger essigsaurer Tonerdelösung getränkte Gazestreifen gelegt. Untersuchungen über die Wirkungsweise der Inzisionen wurden bei gewöhnlichen Furunkeln in der Weise ausgeführt, daß nach der Inzision sofort die eine Hälfte und nach 24 Stunden die andere exstir-

piert wurde. Die Vergleichung der beiden Hälften durch ein besonderes mikrophotographisches Verfahren ergab, daß die Inzision nicht nur durch Entleerung von Eiter und infektiöser Gewebsflüssigkeit usw. wirkt, sondern daß durch die Inzision die bei frischen Furunkeln bestehende negative Chemotaxis der Leukocyten in positive umgewandelt wird, und daß bei älteren Furunkeln diese letztere durch die Inzision wesentlich vermehrt wird. (Selbstbericht.)

Wirbelsäule, Hals und Brust.

21) **Brodnitz** (Frankfurt a. M.). Intraduraler Tumor der Medulla spinalis cervicalis mit Erfolg exstirpiert.

B. stellt ein 22jähriges Mädchen vor, dem er einen $6^1/_2$ cm langen, $2^1/_4$ cm breiten, ca. 1 cm dicken, intradural gelegenen Tumor des Halsmarkes entfernt hat. Der Tumor erstreckte sich von der Mitte des 6. Halswirbels bis zum Atlas und hatte eine Lähmung beider Arme zur Folge. Um dem Tumor beikommen zu können, mußte der 3. bis 6. Halswirbelbogen entfernt werden. Trotzdem ist die Beweglichkeit der Halswirbelsäule vollkommen normal, die Lähmung beider Arme ist nach 4 Wochen schon völlig geschwunden gewesen.

B. empfiehlt für Rückenmarkstumoren das zweizeitige Operieren: erste Sitzung Skelettierung der Wirbel, zweite Sitzung Eröffnung des Wirbelkanales. Hierdurch kann Pat. sich von dem Chok, der durch den Blutverlust und die bei der Skelettierung unvermeidliche Medullazerrung hervorgerufen wird, erholen, und man operiert in der zweiten Sitzung fast unblutig und übersichtlich.

Ferner lenkt B. die Aufmerksamkeit auf das von ihm in zwei Fällen beobachtete Zusammentreffen von Temperatursteigerungen mit Abfluß von Zerebrospinalflüssigkeit. In beiden Fällen war eine Infektion ausgeschlossen. Vielleicht ist das korrespondierende Verhalten von Temperatursteigerung und Abfluß der Zerebrospinalflüssigkeit durch einen direkten Einfluß auf das Wärmezentrum zu erklären.

(Selbstbericht.)

22) **Gluck** (Berlin). Über plastischen und prothetischen Erfolg exstirpierter und ausgeschalteter Organe.

Vorstellung von Operierten mit plastischem und prothetischem Ersatz von Kehlkopf und Speiseröhre.

Diskussion.

Perthes (Leipzig) hat das von Gluck empfohlene Verfahren, den Ösophagus mit der Gastrostomiefistel durch ein Gummirohr zu verbinden, vor einem halben Jahr an einem Fall angewendet. Pat. ist jedoch gestorben.

Gluck (Berlin) hat schon im Jahre 1897 einen ähnlichen Fa
demonstriert. **Jaffé** (Hamburg).

---

23) **Helferich** (Kiel). Über Pharynxplastik mit Kranken
vorstellung.

H. macht über den nunmehr geheilten Pat. folgende Angaben
Es handelte sich um ein Karzinom, welches hauptsächlich den Kehl
kopfeingang und die anliegende Partie des Pharynx betraf; auch fan
sich an der rechten Halsseite eine pflaumengroße karzinomatös
Drüsenschwellung neben dem Kehlkopf. Zunächst wurde die prä
liminare Gastrostomie ausgeführt. Nicht ganz 3 Wochen späte
wurde die Exstirpation des Larynx und Pharynx so vorgenommen
daß die quer durchschnittenen Enden der Trachea und des Ösophagu
an den Wundrändern fixiert und an der rechten Halsseite die Drüsen
schwellung gründlich entfernt wurde; die Wundhöhle im Bereiche de
Schlundkopfes wurde durch quere Vernähung abgeschlossen. Nach
dem die Wunde geheilt und Pat. sich sehr gekräftigt hatte (Ernährun
hauptsächlich durch die Magenfistel), wurde die plastische Vereinigun
der Mundhöhle mit dem oberen Ende des Ösophagus in der Weis
vorgenommen, daß zunächst der Pharynx im Bereiche des oberen
Teiles der Narbe wieder breit geöffnet und der fehlende Teil zwischen
Pharynx und Ösophagus durch einen zungenförmigen Hautlappen er
setzt wurde. Dieser Lappen wurde so gedreht, daß die Hautseit
nach innen zu liegen kam. Die Deckung desselben außen wurd
durch seitliche Verschiebung der Haut erreicht. Die Funktion diese
nur aus einem Hautlappen bestehenden Teiles der Speiseröhre ha
sich als vollkommen ausreichend erwiesen; Pat. vermag ohne Be
schwerde zu essen und zu trinken. Nach kleinen Nachoperationen
an dem Stiel des Lappens wird nunmehr von Zeit zu Zeit ein Bougi
eingeführt, um die genügende Weite des plastisch ersetzten Speise
röhrenteiles zu erhalten. Die Magenfistel, welche bisher für die Er
nährung des Pat. sehr wertvoll war und in der Zeit der verschiedenen
operativen Eingriffe am Halse ausschließlich benutzt wurde, kann nun
nach Entfernung des eingelegten Drainrohres sich selbst überlassen
werden und vernarben. Die Halswunde ist vollständig ausgeheilt
Es findet sich an derselben lediglich die Trachealöffnung. (In dem
Bericht über den Chirurgenkongreß in der Münchener med. Wochen
schrift Nr. 20 p. 975 ist irrtümlich bemerkt, daß noch ein kleine
Loch vorhanden wäre, welches noch geschlossen werden müsse.)

Unter Berücksichtigung dieser und ähnlicher Erfahrungen ergibt
sich, daß unter Anwendung der bei Karzinomoperationen überhaupt
jetzt üblichen Technik auch Larynx- und Pharynxkarzinome mit
besserem Erfolg operiert werden können. Die Exstirpation muß, wie
sonst, weit im Gesunden und ohne Rücksicht auf die nachfolgende
Plastik geschehen. Eine sekundäre Plastik kann Jahr und Tag nach
der Exstirpation vorgenommen werden, wenn das Auftreten von

Karzinomrezidiven wenigstens unwahrscheinlich geworden ist. Ein Ersatz völlig verlorener Stücke des Pharynx resp. Ösophagus durch entsprechenden Hautlappen ist auch in funktioneller Hinsicht von bester Wirkung. Die präliminare Gastrostomie, welche H. schon vor mehreren Jahren (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV p. 410) empfohlen hat, ist ein wesentliches Hilfsmittel für derartige eingreifende Operationen und sollte öfter verwendet werden, als es bisher zu geschehen scheint. (Selbstbericht.)

---

24) **Sauerbruch** (Breslau). Experimentelle Beiträge zur Ösophaguschirurgie mit Demonstrationen.

S. bespricht an der Hand von Tafeln und Operationspräparaten seine Versuche an Hunden, die Speiseröhre operativ in Angriff zu nehmen, insbesonders die Gastro-Ösophagotomie und die Resektion des unteren Abschnittes. Die Arbeit erschien in dem Juliheft der Bruns'schen Beiträge 1905. Siehe auch Zentralblatt für Chirurgie 1905. Nr. 4. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Bradts (Berlin): Bisher fehlte ein geeigneter Apparat, die Atmung künstlich zu unterhalten. B. hat einen solchen zusammengestellt, den er demonstriert.

Kuhn (Karlsruhe?) empfiehlt hierfür seinen Intubationsapparat der einfach einzulegen ist. Den Druck liefert ein Sauerstoffapparat ähnlich dem Dräger'schen.

Bockenheimer (Berlin) hat sich des Bradts'schen Apparates versuchsweise bedient, meint jedoch, daß die Ersetzung der natürlichen Atmung durch die zu automatische künstliche, wenn sie auch beim Tier wohl anwendbar sei, nicht ohne weiteres für den Menschen brauchbar sei. Vorteilhaft sei immerhin, daß Narkotiseur, Pat. und Operateur sämtlich in einem Raume sich befänden, und der Apparat leicht zu beschaffen sei.

Brauer (Marburg) bringt den von ihm empfohlenen Apparat in Erinnerung und hebt seine Billigkeit hervor. Gegenüber der Sauerbruch'schen Idee bedeute jede Form künstlicher Atmungsapparate einen Rückschritt.

Wullstein (Halle) meint, daß Sauerbruch das eingestülpte Stück Ösophagus vielleicht auch durch Abquetschung zur Mortifikation bringen könnte, und verweist bezüglich der von Sauerbruch angegebenen Methode auf seine eigenen im Zentralblatt bereits vorher veröffentlichten Vorschläge. **Christel** (Metz).

---

25) **Friedheim** (Hamburg-Eppendorf). **Über Dauererfolge bei operativer Behandlung des Morbus Basedowii.**

F. berichtet über 20 Fälle von Basedow'scher Krankheit, die von Kümmell durch Enukleation oder Resektion eines Teiles der Struma, unter teilweiser Unterbindung der zuführenden Gefäße, operativ behandelt worden sind. Es handelte sich bei allen Kranken um ausgesprochene, sichere Fälle von Basedow, gekennzeichnet durch die Trias des Exophthalmus, der Struma, der Herzpalpitationen, durch schweres Darniederliegen des Ernährungszustandes und durch die mannigfaltigen Störungen im Gebiete des Nervensystems, der Atmungsorgane und des Digestionsapparates.

Von den 20 Fällen, übrigens alle weiblichen Geschlechtes, sind 14 vollkommen geheilt; und zwar beträgt der Zeitraum, der zwischen Operation und letzter Untersuchung liegt, in 5 Fällen 10—15$^1/_2$ Jahre, in 7 Fällen 5—10 Jahre, in 2 Fällen 4 und 4$^1/_2$ Jahre.

Gebessert sind durch die Operation 5 Kranke, und zwar 2 davon — Operation vor 11 und 9$^1/_2$ Jahren — soweit, daß sie nie mehr ärztliche Hilfe gebraucht haben und ihren Beruf stets in vollem Umfange haben ausüben können.

In 3 Fällen ist zwar auch eine Besserung vorhanden, indem die schwersten, vor der Operation unerträglichen Erscheinungen nicht wiedergekehrt sind; jedoch bestehen noch ausgeprägte Basedowsymptome, so daß diesen Pat. zu einer nochmaligen Operation geraten wurde.

Ein Todesfall infolge der Operation war zu beklagen. Nach einer erstmaligen Operation war ein Rezidiv aufgetreten. Bei der zweiten Operation wurde nur der Isthmus stehen gelassen. Pat. ging nach 10 Tagen unter tetanischen Zuständen zugrunde.

Die operativen Heilerfolge bestätigen die Richtigkeit der Möbiusschen Theorie, daß die Basedow'sche Krankheit auf einer krankhaften Hyperaktivität der Schilddrüse beruhe, daß also die Tätigkeit der Schilddrüse das Krankheitsbild hervorrufe. Der schwierigste und wichtigste Punkt bei der Operation ist die Entfernung der richtigen Menge kranker Schilddrüse. Bei zu radikaler Entfernung drohen die bekannten Ausfallserscheinungen, bei zu geringer Entfernung wird die Krankheit nicht gehoben.

In allen unseren Fällen, in denen nur eine Besserung erzielt war, war auch noch Struma zu konstatieren, während dies in keinem Falle von Dauerheilung der Fall war. So können wir hoffen, daß, wenn die drei Pat., bei denen noch kein befriedigendes Resultat erzielt wurde, sich einer neuen Operation unterziehen würden, wir auch bei ihnen eine Heilung erreichen.

Im Jahre 1900 hatte Rehn bei schweren operativ behandelten Basedowfällen eine Heilung von 30%, eine Mortalität von 22,1% festgestellt; wir dagegen haben das Resultat: 70% Heilungen, 5%

Mortalität, und finden ein annähernd gleich gutes Resultat in den Operationsreihen aus größeren Kliniken der letzten Jahre.

Bedenken wir dagegen, daß nach Statistiken bei nur innerlicher Behandlung von Dauerheilungen fast nie die Rede ist, die Mortalität des Leidens aber auf etwa 12% berechnet wird, so dürfte doch wohl die Berechtigung zum operativen Eingriffe, zum mindesten in solchen Fällen, die der innerlichen Behandlung trotzen, keinem Zweifel unterliegen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Kocher (Bern) bestätigt die Ausführungen des Vortr. Das chirurgische Vorgehen ist der beste Beweis für die Schilddrüsentheorien, vor allem wiederholte Operationen nach Rezidiv. Wirkliche Heilungen sind nur durch Operation, nicht in gleichem Maße durch innere Mittel zu erzielen. Die besten Resultate ergibt die Frühoperation, und die Todesfälle kommen auf Rechnung verspäteter Operation. Genaue Untersuchung des Blutdruckes müsse vorausgehen; also nicht veraltete, sondern frische Fälle unterziehe man der Thyreoidektomie. **Christel** (Metz).

---

26) **v. Bruns** (Tübingen). Die Untersuchung der Trachea im Röntgenbilde besonders bei Struma. (Vorgetragen von Dr. Blauel.)

Der neuestens empfohlenen Tracheoskopie bei Strumen ist ein anderes Verfahren weit überlegen, das auffallenderweise bisher nicht geübt worden ist, die Untersuchung der Trachea im Röntgenbilde. Bei den in der Tübinger Klinik bisher in 100 Fällen gemachten Beobachtungen ist festgestellt worden, daß man im Röntgenbilde die Trachea in ihrer ganzen Länge erkennen kann, selbst bei den größten Kropfgeschwülsten, welche die Luftröhre umschließen. Man sieht auch die Lage- und Formveränderungen, welche die Trachea durch den Kropfdruck erleidet, also die Verlagerung, Verbiegung und Verengerung, man sieht genau, an welcher Stelle, in welcher Ausdehnung und nach welcher Seite die Trachea verlagert ist, ob sie von einer oder beiden Seiten zusammengedrückt ist, wie lang und wie eng die gedrückte Strecke ist. Das ist ja praktisch ungemein wichtig, weil man hieraus unmittelbar entnehmen kann, welcher Teil der Struma am meisten stenosiert und daher entfernt werden muß.

Die umstehenden Figuren 1—6 geben einige der etwas schematisierten Abbildungen wieder, die auf Wandtafeln beim Vortrage demonstriert wurden[1]. Fig. 1 zeigt eine normale Luftröhre als einen ziemlich scharf begrenzten hellen Streifen, der nach abwärts in dem sog. Mittelschatten, gedeckt durch Sternum und Aorta, endigt. Fig. 2

[1] Die Originalaufnahmen in photographischer Reproduktion sind der Arbeit von Dr. C. Pfeiffer, die Darstellung der Trachea im Röntgenbilde, besonders bei Struma (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 716) beigegeben.

weist eine säbelscheidenförmige Verengerung des Mittelstückes de
Luftröhre durch eine doppelseitige Struma auf. Fig. 3 betrifft ein

Fig. 1.

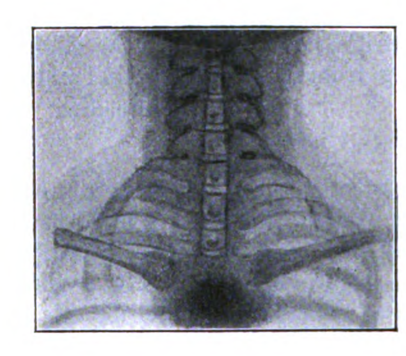


Fig. 2.

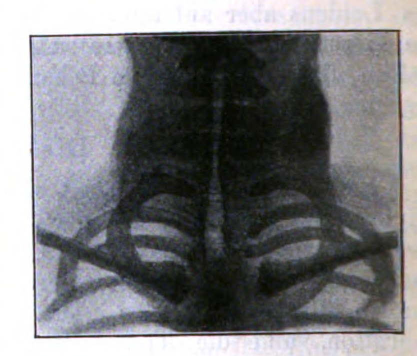


Fig. 3.

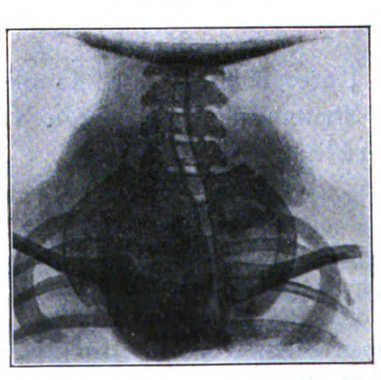


Fig. 4.

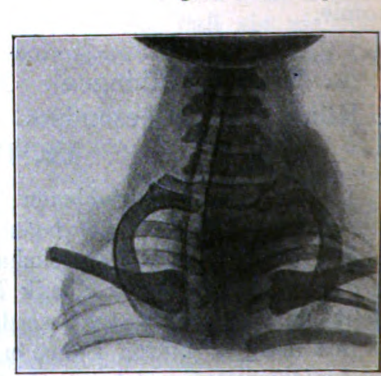


Fig. 5.

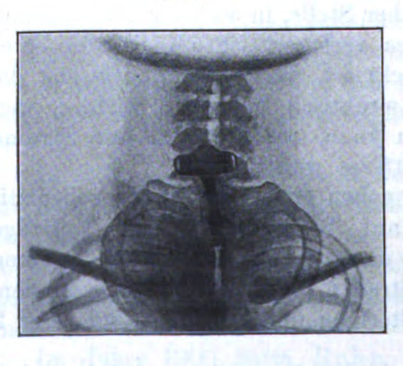
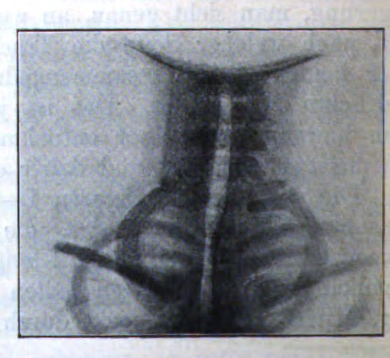


Fig. 6.



Verbiegung der Trachea durch rechtsseitige große substernale Struma
cyste; Fig. 4 gibt den Befund nach der Entfernung der Cyste

Fig. 5 und 6 betrifft einen Fall von Kompression der Trachea durch eine rechtsseitige intrathorakale Struma, in welchem einige Tage zuvor auswärts in einem Erstickungsanfalle tracheotomiert worden war, ohne daß durch die eingeführte Kanüle die Atemnot beseitigt worden war; Fig. 5 zeigt die Trachea noch eine kurze Strecke unterhalb der Kanüle verengert. Nach der Exstirpation der Struma und gleichzeitigen Vernähung der Trachealöffnung ist der Befund in Fig. 6. wiedergeben.

Es leuchtet ohne weiteres ein, daß das Röntgenbild im Vergleich zur Tracheoskopie den großen Vorteil bietet, daß man die ganze Trachea mit einem Blick übersieht, und daß das Verfahren für Arzt und Pat. ungleich einfacher und angenehmer ist. Der große Nutzen, den wir schon bisher aus den Röntgenbildern bei Struma gezogen haben, liefert den Beweis, daß sie eine wertvolle Bereicherung unserer Diagnostik darstellen. (Selbstbericht.)

---

27) **G. Killian** (Freiburg i. Br.). Die Tracheo-Bronchoskopie in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht.

Redner betont in erster Linie die hohe klinische Bedeutung der oberen direkten Tracheoskopie.

Diese Methode besitzt eine allgemeine Anwendungsfähigkeit, gibt daher auch über die Fälle klare Aufschlüsse, denen der Kehlkopfspiegel nicht gewachsen ist, und ist vor allem in Narkose anwendbar. Die so erzielten diagnostischen und therapeutischen Fortschritte sind auf dem Gebiete der intratrachealen Erkrankungen ganz enorme. Am meisten aber tritt die praktische Bedeutung der Methode bei den Difformitäten der Trachea verschiedenster Provenienz und insbesondere der Struma hervor. Bei letzterer ist sie geradezu ein unentbehrliches klinisches Hilfsmittel geworden.

Am meisten ist bisher die direkte Art der Untersuchung bei den Fremdkörpern der Luftröhre und der Bronchien zur Geltung gelangt. Außer der oberen kommt hier auch die untere direkte Tracheoskopie und ebenso Bronchoskopie zur Anwendung. Das Gesamtmaterial an eigenen (19) und fremden Fällen ist bereits auf 87 gestiegen. Die statistische Verarbeitung desselben ergibt, daß mit den neuen Methoden die Fremdkörper in der Regel gefunden werden, und daß auf diesem Wege vorgenommene Extraktionsversuche in $^9/_{10}$ der Fälle von Erfolg gekrönt sind.

Die Abwägung der oberen gegen die untere Methode fällt zugunsten der ersteren aus. Nur im Notfalle soll tracheotomiert werden. Eine Ausnahme machen sehr große oder komplizierte oder gequollene oder hinter Stenosen steckende Fremdkörper. Hier ist vorläufig die Tracheotomie indiziert.

Die praktischen Schwierigkeiten der direkten oberen Tracheo-Bronchoskopie werden überschätzt. Zur Erleichterung der Einführung des Rohres in Narkose am hängenden Kopfe gibt K. einen verbesserten

Modus an, wobei ein neuer, der Länge nach zerlegbarer Röhrenspa
zur Verwendung gelangt.

Eingehend wird die Frage erörtert, inwieweit die Bronchoskop
der Lungenchirurgie Vorschub leisten kann. Die Frühdiagno
von Herderkrankungen kann gefördert werden, wenn die Herde i
Zerfallsprodukte u. dgl. in den Bronchialbaum entleeren, also »offen
sind. Die bronchoskopische Feststellung des Bronchialastes, aus d
diese Dinge kommen, führt dann ohne weiteres zur genauen Lokali
tion des Herdes.

Einen zweiten, ganz neuen Weg gibt K. durch seine »bronch
skopische Exploration peripherer Lungengebiete«. Di
Methode beruht darauf, daß man mit Sonden, Röhrchen u. dgl. dur
das bronchoskopische Rohr ohne jegliche Gefahr auf den Wegen
kleinen Bronchien in die peripheren, der direkten Betrachtung ni
zugänglichen Lungenpartien bis in die Nähe der Lungenoberfläc
vordringen kann. Die Sondierung peripher steckender Fremdkörp
peripherer Höhlen, die Aspiration des Inhaltes derselben, Insufflation
Röntgenaufnahmen bei liegender Sonde, das Einschneiden auf die Son
bei der Pneumotomie, das pneumotomische Aufsuchen eines Here
oder Fremdkörpers unter Leitung der Sonde, dies alles sind wicht
praktische Konsequenzen dieser neuen Erkenntnis.

Auch einer direkten Pleuro- und Pneumoskopie wird Erwähnu
getan.

Die Lungenchirurgie hat von der Bronchoskopie große Fortschri
zu erwarten.

(Der Vortrag war unterstützt durch zahlreiche Tafeln und Röntge
bilder. Eine Serie von extrahierten Fremdkörpern wurde vorgewies
Auch fanden mehrfache Demonstrationen der Tracheo-Bronchosko
statt.) (Selbstbericht.)

Diskussion.

Kuhn (Kassel): Mit der Bronchoskopie sowohl den Vora
setzungen nach als hinsichtlich der Technik verwandt ist die pe
orale Tubage. Es gelingt unschwer, die Luftwege mittels ei
8—10 mm dicken Drainagerohres aus Metallschlauch zu drainier
und durch dieses Rohr Luft oder andere Gase einzuführen.

Das Verfahren ist in Hunderten von Fällen praktisch erprobt u
bereits Gemeingut vieler Ärzte und Kliniken. Seine praktische B
deutung liegt in vier wesentlichen Punkten:

1) es erleichtert wesentlich die Arbeit bei allen Operationen
Mund oder Rachen, also bei Zungen- und Kieferoperationen, inde
es horizontale Lage und tiefe Narkose erlaubt, Aspiration, Würg
und Asphyxien ausschließt;

2) es verbessert die Narkose, namentlich in Fällen von sog. »Pre
narkose«. Die Narkose darf vorher noch so widerwärtig und unruh
gewesen sein, nach Einführung des Tubus ist sie ruhig. Die Grün
liegen

a. im Wegfall all der Reflexe von den oberen Luftwege her,
b. in der unmittelbaren und schonenden Applikation des Narkotikums,
c. in der Garantie der Luftzufuhr,

3) es beseitigt zuverlässig jede Asphyxie, namentlich wenn Sauerstoff zur Hand,

4) es ermöglicht eine Überdrucknarkose ohne alle Kammern, indem die Mundhöhle abgedichtet wird.

Demonstration der Apparate und des Verfahrens.

(Selbstbericht.)

Kausch (Breslau) hält auch die Bronchoskopie nicht für so schwer als manche meinen. Aber für so indifferent, wie Killian, hält er sie nicht, so daß man sie z. B. bei jeder Struma anwenden könnte.

Hofmeister (Stuttgart) berichtet über einen Fall, wo ein Fremdkörper im rechten Bronchus durch Bronchoskopie festgestellt wurde. Die Extraktion gelang nicht wegen zu starker Blutung. Erst die Pneumotomie förderte den Körper zutage, dessen Sitz (12 cm von der äußeren Wunde entfernt) durch die Bronchoskopie festgestellt worden war. Pat. starb einen Monat später an Hirnabszeß.

Helferich (Kiel) hat zweimal bei Kindern, wo Fremdkörper jahrelang im Bronchus saßen, Erfolge mit der Bronchoskopie erzielt, einmal allerdings erst nach der Tracheotomie.

Sprengel (Braunschweig) berichtet auch über Fälle, wo das Verfahren sich gut bewährt hat.

Killian (Freiburg) bestätigt die Verbesserung der Narkose durch die perorale Tubage. Bohnen soll man stets nur durch Tracheotomie entfernen. Das jüngste Kind, bei dem er mit Erfolg bronchoskopiert hat, war 2 Jahre alt.

Jaffé (Hamburg).

---

28) **Garrè** (Königsberg). Über die Naht von Lungenwunden.

Die bisher übliche abwartende Behandlung der Lungenverletzungen hat höchstens 55—60% Heilerfolge zu verzeichnen; über 40% gehen zugrunde an innerer Verblutung oder durch Erkrankung infolge des Spannungspneumothorax, oder sekundär an der Infektion. Es mag dahingestellt bleiben, ob durch einen primären Eingriff die Eiterung der Lungenwunden und die Pleuritis sich einschränken lassen, jedenfalls haben wir in der Lungennaht ein souveränes Mittel, Blutung sowohl wie Luftaustritt aus dem Lungenparenchym sofort zu sistieren. Ein vom Vortr. kurz referierter Fall von Lungenruptur, bei dem nach der Thorakotomie eine 7 cm lange Naht am linken Oberlappen angelegt wurde, zeigte das zur Evidenz.

G. empfiehlt dringend die Thorakotomie und primäre Versorgung der Lungenwunde durch die Naht 1) bei den abundanten Hämor-

rhagien in den Pleuraraum, 2) bei den lange dauernden und
wiederholenden Blutungen und 3) auch beim Spannungspneumoth
der nicht mit der ersten Punktion beseitigt ist. Liegt die Wun
der Nähe des Hilus, so kann sie nur tamponiert werden. B
zerfetzte und zerissene Wunden sind gegebenenfalls in die Thor
tomiewunde einzunähen (exteriorisieren). Zur Anlegung der Naht
feine Seide Verwendung finden; die Naht darf nicht scharf angez
werden; das Lungengewebe wird tief, doch nicht breit in die
gefaßt. Die Thorakotomie muß sehr groß angelegt werden, so
man mit der ganzen Hand in den Brustraum eingehen und die L
in die Öffnung hineinziehen kann.

Die Zahl der Fälle, in denen nach diesem Prinzip gehan
wurde, ist sehr klein: 9mal Naht, 3mal Tamponade, zusam
9 Heilungen. Dieser Erfolg berechtigt und ermutigt bei den schw
Lungenverletzungen zu energischem, aber besonnenem operativen
gehen. (Selbstbericht.

Diskussion.

Rehn (Frankfurt) fragt, ob Garrè die Pleurahöhle offen
und tamponiert?

Garrè tamponiert gewöhnlich primären Verschluß könne
nur bei subkutanen Rupturen wagen, während bei verdächtigen Fä
sofortige Drainage indiziert ist. **Christel** (Metz).

Rehn (Frankfurt): Ich möchte auf das lebhafteste den sofort
Verschluß der Pleurahöhle empfehlen. Es ist erstaunlich, wie le
der Verlauf wird, wenn man die Pleurahöhle schließt. Es ist
unendlich besserer Verlauf nach der Operation. Ich habe mich
einigen Fällen davon überzeugt. Ich habe bei drei Fällen von Ripp
tumoren operiert, wo ich große Teile der Pleura costalis und ein
ein Stück Lunge wegnehmen mußte. Die Wunde wurde primär
schlossen, und die Pat. kamen über die sehr schweren Eingriffe
gezeichnet hinweg.

Also selbst auf die Gefahr hin, daß man späterhin wieder
machen müsse, empfehle ich den Schluß der Pleurahöhle, um
Pat. über die gefährliche Zeit der mechanischen Zirkulationsstörun
usw. hinwegzubringen.

Ich muß im übrigen sagen, daß ich die Gefahr der weiten
öffnung der Pleurahöhle, sei es bei schweren Lungenverletzungen,
es bei der Ausrottung von Geschwülsten, nicht so hoch anschl
Man muß nur die kollabierte Lunge, wie Müller geraten hat, krä
nach außen ziehen lassen. Ich habe das schon vor Müller's
getan. Die Maßnahme liegt ja so nahe, daß ich glaube, es ist manc
andere Chirurg in gleicher Art zu ihrer Anwendung gekommen.

Ich wüßte auch nicht, wie man anders die Lunge nähen kön
Als weitere wichtige Maßregel nach Versorgung der Lungenwu
muß eine sorgfältige Annähung der Lunge an den Pleuraschnitt r

in dem Pleuradefekt erfolgen, so daß die Lunge in Ausdehnung verharrt.

Dann soll die äußere Wunde vollständig und dicht geschlossen werden, d. h. ohne Drainage oder Tamponade der Pleurahöhle.

(Selbstbericht.)

König (Jena) meint, wenn man primär schließen könne, sei es am besten. Ihm ist bei einer Operation am Sternum passiert, daß beide Pleurahöhlen eröffnet wurden; sofort wurden die Wunden mit Tupfern geschlossen, dann genäht; es ist nicht so gefährlich im Brustraum zu arbeiten. Er war überrascht, was Tiere in dieser Beziehung aushielten, stundenlanges Arbeiten, Herausnehmen von Lungenstücken usw. Auch der Mensch vertrage sehr viel in dieser Hinsicht, und doch solle man nicht ohne Not in den Thorax eindringen; dabei sind viele Lungenverletzungen schnell tödlich, sei es, daß starke Blutung oder Verletzung eines größeren Bronchus den letalen Ausgang bedingen; denn hier dürfte auch die Naht keine Schließung herbeiführen. Er würde nur im äußersten Notfall eine subkutane Ruptur operieren.

Garrè (Schlußwort): Die Resorption des Blutes in der Pleurahöhle gehe wohl erstaunlich schnell vor sich; aber beim Menschen sei die Infektion derselben von der Lunge aus sehr gefährlich, und er meine, daß man selbst einen großen Bronchialast nach Anfrischung durch doppeltes Übernähen schließen kann. **Christel** (Metz).

---

29) **Ritter** (Greifswald). Die Ursache der Nekrosen beim Mammakarzinom.

Man nimmt im allgemeinen an, daß das Vorkommen der Nekrosen im Krebs sich leicht und einfach erklären läßt. Das ist aber nicht der Fall. Denn es ist nicht natürlich, sondern höchst wunderbar, daß eine Geschwulst immer weiter wächst, jedes normale Gewebe, selbst die festesten Teile unseres Organismus zu zerstören imstande ist und allgemeine Entkräftung des Körpers hervorruft, während sie im Innern selbst zerfällt. Niemals ist sonst ein Parasit, der nicht lebenskräftig ist, imstande, den Wirt, auf dem er lebt, zugrunde zu richten. Vortr. hat deshalb Untersuchungen über die Nekrosen zunächst beim Mammakarzinom, einem geschlossenen Karzinom, angestellt, über die er berichtet.

Er fand, daß die Nekrosen in jedem Karzinom der Mamma und der Lymphdrüsen auch in den jugendlichsten Stadien der Geschwulstknoten vorkommen, daß sie stets im Zentrum der Karzinomherde liegen, daß das Krebsgewebe ohne scharfe Grenze ganz allmählich in das nekrotische Zentrum übergeht. Der Übergang erfolgt stets unter Vermittlung einer Zwischenzone, in der die allerverschiedensten Stadien des Zell- und Kernzerfalls nachzuweisen sind.

Nie findet sich eine Reaktionsschicht, etwa eine kleinzellige Infiltration, zwischen Karzinomring und nekrotischem Zentrum.

Mit diesen Befunden stehen die bisher von den verschiedenste Seiten angeführten Gründe für die Nekrosen in schroffstem Wider spruch. R. geht auf die wichtigsten derselben ein und zeigt, wie weni sie stichhaltig sind. Andererseits müßten, wenn diese Gründe richti wären, ebensogut beim Wachstum normaler Gewebe, des Fötus un schließlich der Teratome, der sogenannten Embryome z. B. des Ova riums, Nekrosen auftreten. Dort kommen aber nie solche herdförmig Nekrosen vor, was R. noch besonders an zwei Fällen mit seltene soliden Embryomen des Ovariums nachweisen konnte. Vor allem mu allen Gründen der eine gemeinsame Einwand entgegengehalten werden daß ein vorübergehender Reiz, eine vorübergehende Schädigung nie mals Ernährungsstörung macht, ohne daß nicht der Körper darau reagiert. Einem Infarkt z. B. fehlt nie eine entzündliche Reaktions schicht an der Peripherie. Wenn also eine solche Reaktionsschich an der Grenze der Nekrosen beim Krebs stets fehlt, wenn ferner dies Nekrosen nicht resorbiert und kleiner werden, sondern sich nachweis lich immer mehr vergrößern, so kann es sich schlechterdings nicht u eine akute, sondern nur um eine chronische Schädigung handeln, di dauernd wirkt.

Als solch einen dauernden schädigenden Reiz im Innern unsere Körpers kennen wir zurzeit aber nur einen, nämlich den parasitären

Da das Karzinom eine chronische Krankheit ist, kann man e nur mit chronischen Infektionskrankheiten, z. B. Tuberkulose un Lues vergleichen. Hier zeigt sich nun, daß die Nekrosen beim Kar zinom in allen wesentlichen pathologisch-anatomischen Punkten m der Verkäsung bei der Tuberkulose und Lues übereinstimmen. Ein Analogie ist also berechtigt. Wer sie anerkennt, muß zu einer gan anderen Anschauung des Karzinoms kommen, als wie sie zurzeit z Recht besteht.

Bei der Tuberkulose ist das nekrotische Zentrum der Ort, wo da nekrotisierende Agens der Tuberkulose gewirkt hat, die Epithelioid und Riesenzellen sind die Reaktion unseres Organismus gegen da nekrotisierende Gift. So mußte also auch der Karzinomring vom ne krotischen Zentrum getrennt werden, insofern auch die Karzinomzelle als Reaktion des Organismus aufzufassen sind.

Solche Auffassung erklärt weiter sehr einfach und zwanglos da unbegrenzte Wachstum der Krebse, das auch bei Annahm embryonaler Wucherungsfähigkeit nicht erklärt wird. Ein Embryon ist an sich eben keine unbegrenzt wachsende bösartige Geschwulst Wir wissen aber, daß auf Schädigung im Körper stets Wucherung folgt; wenn also im Karzinom die Schädigung sich stetig vermehrt, s ist es nicht wunderbar, wenn auch die Reaktion darauf, die Wuche rung, stetig zunimmt.

Ferner erklärt sich die Gefäßrichtung im Karzinom, die nicht wie man erwarten sollte, von zentral nach peripher, sondern umge kehrt vom gesunden Gewebe her erfolgt, obwohl der Tumor aus sich heraus wächst. Das ist aber verständlich, wenn man im Karzinom

ring die Reaktion sieht; denn es ist naturgemäß, wenn die Gefäßversorgung der Reaktion des Körpers folgt mit der Front nach dem geschädigten nekrotischen Zentrum hin. Und schließlich erklärt sie das Fehlen jeder chronischen Reaktion um die Karzinomherde herum, die wir erwarten müssen, wenn anders das Karzinom etwas Bösartiges ist. Sie fehlt meist vollständig.

Ist das Karzinom aber selbst die chronische Reaktionsschicht (die kleinzellige Infiltration die akute), so fehlt die Reaktion nie, ist vielmehr überall, wo immer Karzinom auftritt. (Selbstbericht.)

Bauchhöhle und Bauchorgane.

30) **Madelung** (Straßburg). Über postoperativen Vorfall von Baucheingeweiden.

Jeder, der sich mit Bauchchirurgie beschäftigt, muß wissen, daß unter Umständen die angelegten Bauchschnittwunden nicht in regelmäßiger Weise heilen, sich wieder öffnen, platzen können, daß es dann zum Vorfall von Baucheingeweiden kommen kann. Wer solche böse Überraschungen selbst noch nicht erlebt hat, dem kann von heute auf morgen Gelegenheit werden.

Eigene Erfahrungen haben M. veranlaßt, sich eingehender mit dieser Art von »Unfällen« zu beschäftigen, zu prüfen, wie sie zu vermeiden, wie sie, wenn eingetreten, zu behandeln seien.

Wichtig genug sind diese Fragen:

Der postoperative Vorfall bringt dem Operierten neue Lebensgefährdung, bedingt mindestens eine Verzögerung seiner Heilung. Für die Ärzte werden verlegene Situationen, oft große Sorgen bereitet. Sehr wohl kann das Vorkommnis, als die Folge eines »Kunstfehlers« gedeutet, den Arzt mit den Gerichten in Verwicklung bringen.

Einzelbeobachtungen von postoperativem Vorfall von Baucheingeweiden sind in der Literatur in reichlicher Fülle mitgeteilt worden. Aber meist wird in den betreffenden Publikationen nur das »Kuriose« des Falles besprochen, und oft genug werden die Ursachen, weil die Autoren eben nur ihr eigenes Erlebnis kennen, in irrtümlicher Weise gedeutet.

Etwas eingehendere Bearbeitung hat in Deutschland der Gegenstand nur in einer Publikation von Bruntzel aus dem Jahre 1880 gefunden. Die Lehrbücher, mit Ausnahme von Olshausen, erwähnen ihn kaum mit einem Wort. In Frankreich schrieben darüber Chavannaz-Bordeaux, Bauby-Toulouse und die Verfasser einer Anzahl von Thèses, in Dänemark Neermann, in Rußland Orlow. Allen diesen Untersuchungen lag nur eine verhältnismäßig sehr kleine Anzahl von Beobachtungen zugrunde.

M. hat aus der Literatur 144 Fälle gesammelt, ihnen aus der Praxis einiger befreundeter Kollegen und aus eigener Praxis 13 weitere

zufügen können. Die Bearbeitung dieser 157 Fälle hat
eine Reihe von Tatsachen festzustellen, deren Kenntnis für
von Nutzen sein kann, und die an sich interessant sind.

Von den Resultaten teilt M. vorläufig nur einiges m
sonderen das, was den bisherigen Anschauungen betreffe
Ursachen und Behandlung des postoperativen Vorfalles w

Wir sehen ihn eintreten nach Laparotomien, die be
von jedem Alter und bei Personen beiderlei Geschlechtes,
verschiedensten Zwecken unternommen worden sind. Wi
einfachen Probelaparotomien folgen, durch die der Inhalt
höhle um nichts verkleinert wurde, ebenso den Entfern
großen und größten Tumoren. Wir sehen ihn zu Zeit
eignen, wo die Bauchchirurgie ihre ersten Anfänge nahm
— und zwar durchaus nicht selten — nach Operationen,
jüngster Zeit Männer ausführten, welche nach ihren bek
denen Resultaten über alle Mittel moderner operativer T
fügten.

Nicht in gleicher Häufigkeit ist postoperativer Vorfa
schiedenen Bauchoperationen gefolgt. Es überwiegen die
durch Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsteile bed
überhaupt diejenigen, bei denen Inzision in der unteren
Bauchwand erforderlich war.

Zweifellos begünstigt Lagerung des Bauchschnittes in
linie das Zustandekommen des Vorfalles. Aber auch nac
schnitten sehen wir ihn eintreten, und Verlegung der In
außen von der Mittellinie, in den M. rectus oder neben
schützte nicht davor. Auffallend ist, daß nach den in uns
so häufig gemachten Operationen an den Gallenwegen,
oft sehr große Bauchschnitte nötig werden, niemals, soviel
geworden ist, Vorfall sich ereignete. M. selbst sah mehr
der Literatur wird nur sehr wenig davon erzählt — na
stomien Prolaps. Es sei gleich erwähnt, daß diese Fälle
ders prognostisch ungünstig sind.

Bei mehrmaligem, an demselben Individuum an ders
ausgeführten Bauchschnitt — hierauf hat Spencer W
1863 aufmerksam gemacht — ist die Gefahr des Platzens
besonders groß. Der Wiederaufbruch einer Laparotomiew
jeder Zeit von dem Momente der Vollendung der Opera
wärtigen. Denn auch nach anfänglich guter und vollständ
heilung können Laparotomienarben platzen.

In der Anfangszeit sind der 8. und 9. Tag nach de
die »kritischen Tage«.

Interessant, bisher fast unbeachtet, ist das Platzen der
rotomien gebildeten Narben. M. kennt aus der Literatu
wobei selbstverständlich nur solche mitgerechnet sind, bei
keinerlei Art von Trauma mitwirkte. Solches Narbenplatze
sich schon 5 Monate, aber auch erst 12 Jahre nach der L

Nicht immer ist Bildung von Brüchen vorausgegangen. Solche Brüche überstiegen selten die Größe einer Faust, eines Apfels. Auffallend ist, daß in derartigen Fällen, auch wenn die Vorfälle gewaltige Größe erreichten, wenn wahre Eventrationen erfolgten, und zwar unter für die Behandlung ungünstigsten äußeren Verhältnissen, der Verlauf doch immer ein günstiger war. Sämtliche 18 Pat. dieser Art sind geheilt worden.

Die Dehiszenz der Bauchdecken ist nicht immer in der Nahtlinie, sondern auch in deren Nachbarschaft erfolgt, meist in ganzer Ausdehnung der Inzision.

Vorgefallen ist, mit Ausnahme von Milz und Pankreas, jede Art der im Bauche vorhandenen Eingeweide, sehr häufig in größter Ausdehnung. Vorfall von mehreren Metern Dünn- und Dickdarm ist nichts Ungewöhnliches.

Selbst wenn die Eingeweide lange Zeit außerhalb des Bauches — unerkannt — liegen blieben, hielten sie sich meist unverändert, unentzündet. Nur einmal wird von Inkarzerationserscheinungen, übrigens nicht schwerer Art, berichtet.

Sehr verbreitet ist die Ansicht, daß die Wahl des Nahtmaterials und überhaupt die Methode des Verschlusses der Bauchhöhle in dieser Hinsicht besonders wichtig sei.

Zweifellos hat einige Male die ausschließliche Benutzung von Catgut, von zu dünnem, mangelhaft präparierten Catgut Nachteile gebracht. Aber die Berücksichtigung eines großen Beobachtungsmaterials zeigt, daß Vorfall ganz ebenso bei Verwendung von unresorbierbarem Nahtmaterial aller Art erfolgte. Die Zahl der Fälle, wo durchgreifende Naht (Sutures en masse) und fortlaufende Naht benutzt wurde, ist viel kleiner, als die Zahl derer, wo Schichtnähte, ausschließlich Knopfnähte angelegt wurden. In den letzten 10 Jahren heben die Chirurgen, die diese üblen Überraschungen erlebten, meist hervor, daß sie »in ganz besonders sorgfältiger Weise« ihre Schichtnaht ausgeführt hätten.

Zu frühzeitigem Entfernen der Nähte ist mehrmals sehr bald Vorfall gefolgt; aber zahlreicher sind die Fälle, wo derselbe eintrat viele Tage nach der Entfernung oder während sämtliche Suturen noch unberührt lagen.

Es ist nicht aufrecht zu erhalten, daß teilweises Auflassen der Laparotomiewunde, Verwendung von Drains, von Tamponade Vorfallbildung besonders fördernd sei.

Besonderer Dicke des Fettpolsters der Bauchdecken, mehr noch besonders dünner Beschaffenheit der letzteren ist sicher einige Male wenigstens teilweise die Schuld an dem Zustandekommen des Vorfalles zuzumessen.

Nachblutung zwischen die Schichten der Bauchwunden, die gewiß sehr geeignet ist, die prima intentio zu stören, wird nur einmal erwähnt.

Sicher haben in früheren Zeiten lokale akzidentelle Wundkrankheiten aller Art, von geringfügiger oberflächlicher Eiterung bis zur

Nosokomialgangrän, Vorfall oft bedingt. Auch jetzt kann kein Ch
seine Kranken vor Bildung eines Fadenabszesses sicher behüten;
jetzt wird, wenn wir entzündliche Leiden der Bauchhöhle — Ap
dicitis, eitrige Peritonitis — operativ behandeln, die Entzündung
die Laparotomiewunde übergreifen und die Heilung schädigen kö
Aber in überwiegend häufiger Weise entstand Vorfall bei ta
aseptischer Beschaffenheit derselben.

Nach Laparotomie wegen Bauchfelltuberkulose zerstört T
kulose bekanntlich oft Teile der Bauchnarbe. Fisteln bilden
Zum Vorfall kommt es nur ausnahmsweise.

Es ist selbstverständlich, daß rasche Zunahme des Bauchin
— Ascites, Schwangerschaft, Meteorismus aus nicht entzündliche
sache — Vorfall befördernd wirkt.

Einer der Hauptfeinde der regelmäßigen Heilung von B
schnittwunden ist der Husten in andauernder Form, aber auch ein
plötzliche Hustenstöße. In 51 Krankengeschichten wird im we
lichen auf den Husten der postoperative Vorfall zurückgeführt.

Das Gleiche gilt vom Erbrechen, im ganzen 21mal.

Der Vollständigkeit wegen sei erwähnt, daß einmaliges Rü
Nießen, Stuhlpressen, Wehentätigkeit, unruhiges Verhalten der Op
ten, zu frühes Verlassen des Bettes, des Spitals Schaden bracht

Einen nicht geringen Einfluß hat zweifellos Schwächung de
samtkonstitution, wie sie z. B. Blutungen bei Myomen, Fieber, Sy
Karzinom hervorgebracht.

Viel seltener, als M. selbst erwartet hatte, ist allgemeine P
nitis, die vor der Operation bestand oder nach derselben e
und ihr gewöhnlicher Folgezustand, der Meteorismus, in Beziehun
Vorfallentstehung zu bringen. M. fand nur sechs solcher Fälle.
lich ist es wahrscheinlich, daß solche Fälle weniger bekannt ge
worden sind.

Alles in allem genommen sehen wir, daß eine Unzahl von u
lichen Momenten vorhanden sind. Fast immer wirken ihrer me
zusammen. Manche Schädlichkeiten werden sich verhüten lassen
solche müssen in Zukunft verhütet werden. Viele sind unvermei
In der Mehrzahl der Fälle ist der postoperative Vorfall in Wir
lichkeit ein »chirurgischer Berufsunfall«.

Wenn wir diesen nicht haben verhüten können, sollen wir su
möglichst gut ihn ärztlich behandelnd, schädlichen Folgen ent
zu wirken. Um dies zu können, muß man ihn frühzeitig erke
In dieser Beziehung ist von Wichtigkeit, zu wissen, daß die E
dungen der Laparotomierten im Momente des Platzens der B
wunde und des Eingeweidevorfalles meist außerordentlich gering
sind; fast kein Schmerz, manchmal das Gefühl, als öffne sic
Leib. Einige Kranke wurden aufmerksam, weil sie sich am B
naß fühlten oder gar erst, weil ihnen Därme bis auf die Obersch
fielen. Auch in den dem Vorfalle folgenden Stunden, ja Tagen
jede Störung des Allgemeinbefindens fehlen.

So kommt es, daß so oft ärztliche Behandlung erst spät begann, als der Arzt durch Durchnässung des Verbandes, Vorwölbung oder gar weil Därme unter dem Verbande vorquollen, aufmerksam wurde.

Gewiß liegt dann nichts näher, als sofort den Vorfall zu reponieren und den Leib wieder zuzunähen. Chavannaz nennt solche Behandlung die »ideale«. M. ist, nach eigenen Erfahrungen und nach aufmerksamem Prüfen der Krankengeschichten, zur Überzeugung gelangt, daß auch hier mehrere Wege nach Rom führen, und daß abwartende Behandlung oft besser am Platz ist, als die radikale.

Ganz sicher sind manche Fälle ungünstig verlaufen, weil der Arzt in überstürzter Weise, ohne Hilfe handelte, noch mehr deshalb, weil der Arzt zu viel tat mit Anwendung antiseptischer Mittel, Narkose, Manipulationen.

Jedenfalls gibt es Fälle, wo sofortiges Reponieren unmöglich ist, sei es wegen des Allgemeinbefindens, sei es wegen örtlicher Verhältnisse (Verwachsungen). In solchen Fällen nun sahen M. u. a., zu ihrer Überraschung, Vorfälle größter Art zur Heilung kommen, indem sich, langsam freilich und allmählich, das Vorgefallene in den Leib zurückzog.

Selten hat sich bei Pat., die vorher von Peritonitis frei gewesen waren, solche nach dem Vorfall und allem, was zu seiner Behandlung geschah, eingestellt.

M. bespricht zum Schluß noch das Endschicksal der Menschen, bei denen es zum postoperativen Vorfalle kam.

Im allgemeinen kann M. der Ansicht der früheren Arbeiter auf diesem Gebiete zustimmen, daß viele Fälle gegen jedes Erwarten günstig verlaufen. Von 148 Menschen, deren Endschicksal ihm bekannt geworden ist, sind 102 als geheilt bezeichnet worden. Auch von üblen Spätfolgen, Darmunwegsamkeit durch innere Verwachsungen, Hernienbildung hört man fast nichts.

Bei den 43 gestorbenen Pat. ist in der beträchtlichen Zahl von 14 der Tod, soweit nach den Krankengeschichten zu urteilen, nicht mit dem postoperativen Vorfall im Zusammenhange, hat höchstens in einem gewissen Grade seinen Eintritt beschleunigt.

Es bleiben aber immerhin noch 29 Fälle, bei denen der Tod sicher die Folge des erlittenen Unfalles war.

Unter Abzug der Fälle von Narbenplatzen, die, wie erwähnt wurde, besondersartig und prognostisch besonders günstig sind, bleibt also eine Mortalität von ca. 22%, und diese ist gewiß groß genug, um es zu begründen, daß man sich mit den den postoperativen Vorfall betreffenden Fragen ernstlich beschäftigt. (Selbstbericht.)

Diskussion.

König (Jena): Früher, bis Anfang der 80er Jahre, bestand eine Art Frühoperationssucht; man entfernte die Nähte zu früh und ließ zu früh aufstehen; da ereignete sich der Vorfall oft. Seither läßt K. die solid gefertigte, durchgreifende Naht ca. 4 Wochen liegen und

hat keinen Vorfall mehr erlebt. Eine große Menge der Vo
danke man der Catgutnaht.

Höftmann (Königsberg) glaubt das Platzen der Nähte
zu können durch beiderseits aufgelegte breite Heftpflasterp
miteinander verschnürt werden.

Braun (Göttingen) hält die Kachexie für ein häufiges u
Moment des Nähteplatzens.

Sprengel (Braunschweig) macht aufmerksam auf eine
Prolaps zwischen Haut und Bauchmuskulatur, die sofort
Operation eintrete, aber erst nach Auftreten der Okklusio
nungen bemerkt werde.

Kausch (Breslau): Das einfachste Mittel zur Verme
Platzens sei die versenkte Naht aus festem Materiale, Seide,

Küster (Marburg) hat seit 20 Jahren kein Platzen m
er näht mit Silberdraht 3—4 Nähte durchgreifend, das
Etagen. Durchschneiden muß vermieden werden.

Madelung (Schlußwort) hat auch Fälle gesammelt v
teuren, die genau so nähen wie Küster, König und Ka
durch verliere die Sicherheit, in der sich manche wiegen!
davor, um größere Schäden zu vermeiden. **Christel**

---

31) **Kelling** (Dresden). Über Pneumonien nach tomien.

Zu den prädisponierenden Faktoren gehören: Alter, Alk
karzinomatöse Kachexie, Herzschwäche, Emphysem, länger
Rückenlage und nervöse Reize (Schmerz, vasomotorische
Abkühlung). Laparotomierte haben eine Neigung zu Stase
Lungen, besonders im rechten Unterlappen.

Die Entzündungserreger kommen in die Lungen hinei
dem Bronchialwege, 2) auf dem Blutwege, 3) auf dem Lym
1) findet statt durch Aspiration des Inhaltes der Mund
Nasenhöhle, der Speiseröhre und des Magens beim Erbrec
gefährlichsten ist die Bronchitis wegen der Aspiration des S
andere Teile der Lunge. 2) Embolische Pneumonien durch T
bildung in den Venen. Einesteils stehen die Venen mit der
direkt in Verbindung (Magen, Uterus usw.), andererseits l
sich um Thromben in den retroperitonealen Venen, weil di
gefäße der Venenwände mit denen der Mesenterien in V
stehen (bei eitrigen Typhliten und eingeklemmten Brüchen
Lymphweg geht a. durch die perforierenden Lymphgefäße in d
Eine Pneumonie wird aus der Pleuritis dann, wenn das Lung
durch Stase ödematös wird. b. in die Blutgefäße des Zw
Dadurch entsteht Sepsis mit Hypostasen und lobulären Entz

und Thrombenbildungen an anderen prädisponierten Stellen des Venensystems.

Redner führt ferner aus, daß bei Laparotomien der Luftinfektion eine größere Bedeutung zuzusprechen ist als sonst bei Wunden.

Die Prophylaxe bei postoperativen Pneumonien ergibt sich aus der Pathogenese. Die Hauptsache ist die Vermeidung der Infektion der Organgewebe, der Mesenterien und der freien Bauchhöhle. Die Zahl der postoperativen Pneumonien geht, wenn man von den Aspirationspneumonien absieht, parallel der Infektion. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Czerny (Heidelberg): Nach etwa 1300 seiner Laparotomien sind 52 Pneumonien beobachtet worden, wobei vielleicht einige leichte nicht mitvermerkt sind. Jenseits der 40er treten sie etwa doppelt so häufig auf, was sich aus Residuen früherer Krankheiten erklärt. Ob Alkohol und Tabakmißbrauch dabei mitspricht, ist nicht sicher. Die Geschlechter sind gleich stark beteiligt, Obesitas vorwiegend.

Bronchitis war 4mal, Emphysem 5mal, Herzfehler 4mal vorhanden, Pneumonie 6mal vorausgegangen. Das Narkotikum läßt keinen Einfluß erkennen: 30 Fälle kommen auf Chloroform, 11 auf Chloroform-Sauerstoff, 3 auf Schleich'sche Anästhesie. Mehr schon ist die Technik der Narkose verantwortlich zu machen; ihr fallen z. B. die häufigeren Aspirationspneumonien zur Last, die zu 50% bereits in den ersten 3 Tagen auftraten. Aspiration nach der Operation scheint häufiger bei genähten Wunden aufzutreten, der größeren Schmerzen wegen, welche Atmen und Husten unterdrücken lassen. Es befinden sich unter den an Pneumonie Erkrankten 14 Operationen am Gallensystem, 11 an den weiblichen Genitalien, 12 Gastroenterostomien und 12 Magenresektionen. Operationen in der Nähe des Zwerchfelles hemmen die Atembewegung und begünstigen die Infektion; während die Operationen im Oberbauch (Magen, Gallenblase) $^1/_3$ der Gesamtzahl ausmachen, sind sie in der Zahl der Pneumonien mit $^2/_3$ vertreten. Die rechte Seite ist häufiger befallen wie die linke. Die Appendicitis, welche 14% der Operationen ausmacht, ist mit 2% der Pneumonien gering belastet. Auffallend sind die 20% Pneumonien bei gynäkologischen Operationen, die 10% der Gesamtzahl ausmachen, bei lokal guter Heilung. Mangels anderer Erklärung möchte C. die Beckenhochlagerung für ätiologisch wichtig halten. Von den an Pneumonie Erkrankten heilten 31, starben 21 bei glattem Operationsfeld. 12mal bestand kruppöse, 8mal gangränöse Pneumonie, 5mal Pleuritis. Prophylaktisch wichtig ist Vorbereitung der Mundhöhle, der Bronchien und strenge Asepsis.

Kümmell (Hamburg) vertritt die Ansicht, daß dem Narkotikum eine große Rolle zukomme; bei Äther häuften sich die Pneumonien, weil auch das Klima Katarrhe sehr begünstigt. Bei einer Zahl von 3200 Laparotomien finden sich in 2361 Krankengeschichten genauere

Aufzeichnungen; darunter ist die Chloroformnarkose in 1754
angewandt. 43 = 2,4% Operierte starben nach Ausweis der K
journale an Pneumonie (Alters- und agonale Pneumonien nic
gezählt). Durchschnittlich hatte die Narkose 40—50 Minuten m
sprechendem Chloroformverbrauch gedauert. Chloroform-Sau
gemisch scheint die Narkose ungefährlicher zu machen. Eine d
Änderung ist zu verzeichnen seit Beginn mit der Skopolamin-Mo
narkose, wobei 5—8 dmg Skopolamin und 1 cg Morphiur
$1^1/_2$ Stunde vor der Operation gegeben werden. Die austroc
Wirkung des Skopolamin verhütet die Aspiration zu reichlicher S
so daß auch Äther nachgegeben werden kann. Auf 409 Lapar
kommen hier nur 3 Todesfälle an Pneumonie, also 5mal weni
ist diese kombinierte Narkose eine sehr humane. Frühzeitig
die Kranken zu tiefem Atmen angehalten werden. **Christel** (M

Schloffer (Innsbruck) berichtet an der Hand der fo
Tabelle über die an seiner Klinik seit $1^1/_2$ Jahren beobachteten
lischen Lungenkomplikationen.

Anzahl der		Davon gestorben im ganzen	an Lungen-komplikationen	an embolischen Lungenkomplikationen	Davon erkr… Lungen-komplikationen	e…
gesamten Operationen	1600	40	22	3	—	
Kropfoperationen	107	2	2	1	29	
Laparotomien inkl. gangränöser Hernien	142	25	7	2	8	
Hernien exkl. gangränöser Hernien	403	—	—	—	8 (70)	

Er führt dann aus, daß unter 403 Radikaloperationen
Hernien, welche genau abwechselnd einmal nach Wölfler,
nach Bassini ausgeführt worden waren, dreimal embolische
monien klinisch beobachtet wurden, und zwar durchweg nach B
schen Operationen. Es sei in der Tat nicht von der Hand zu
daß die Bildung und Verschleppung von Thromben aus dem
pampiniformis bei der Bassini'schen Operation leichter erfo
bei der Wölfler'schen (II. Methode). Denn bei der letzte
eine ausgedehnte Isolierung des Samenstranges und überdies de
verlagerte) Samenstrang hernach bei Hustenstößen u. dgl. ge
Erschütterungen ausgesetzt wie bei der ersteren. (Selbstber

Trendelenburg (Leipzig): Nach seiner Bruttostatistik l
auf Operationen im allgemeinen 1%, auf Laparotomien 5%
monien. Die Gastrostomien sind mit 3%, Gallensystemoperatione
schwere Kontusionen mit 15%, Appendicitis mit 5%, Probe
tomien mit 4,7% belastet, die weiblichen Genitalien im Gegen
Czerny mit 2,8%. Das männliche Geschlecht ist mit 5%, da
liche mit nur 2% beteiligt. Von 85 pneumonisch Erkrankten
52 = 60%. **Christel** (M

Franke (Braunschweig) kann die Vermutung des Herrn Kelling, daß es sich in manchen Fällen um eine Hausepidemie handeln möge, durch seine Erfahrungen bestätigen. Er hat vor mehreren Jahren eine solche Häufung von Pneumonien erlebt, für die er nach Abwägung aller Umstände in der Hauptsache das epidemiologische Moment verantwortlich machen mußte, daß er zeitweilig fast Bedenken trug, Bauchoperationen auszuführen. Daß es zu schweren Pneumonien nur selten, zu tödlichem Ausgange fast nie gekommen ist, glaubt er der Behandlung zuschreiben zu müssen, die darin besteht, daß neben der Anwendung der von den Vorrednern empfohlenen Maßnahmen bei dem ersten Verdacht auf Pneumonie (Fieber, Schallabschwächung, verschärftes Atmen, Knisterrasseln) sofort folgende Medikation angewandt wird: Inf. fol. Digitalis 1,5 : 150,0, Natr. salicyl. 7,0, Antipyrin 3,0, event. Syr. ad 175,0; 2stündlich ein Eßlöffel. Bei irgend leerem Pulse wird hinzugefügt Nitroglyzerin 0,015—0,02, nach Bedarf bei starkem Hustenreize Kodein, bei trockenem Husten Liqu. Ammonii anis. Diese Medikation hat F. schon seit Jahren bei der Behandlung der Pneumonie in der inneren Abteilung seines Krankenhauses und in der Privatpraxis angewandt und kann sie mit Recht empfehlen. In gewissen Fällen wird die Medizin per anum mit gleich gutem Erfolge verabfolgt. (Selbstbericht.)

Kausch (Breslau) führt die Henle'sche Statistik, die über 1780 Laparotomien der v. Mikulicz'schen Klinik berichtete, weiter, wobei Hernien, Appendicitis- und Mastdarmamputationen mit Eröffnung des Peritoneum eingerechnet sind. Es liegen jetzt Aufzeichnungen über weitere 1880 Laparotomien vor, worunter wohl viele recht einfache, jedoch auch 80 Magenresektionen. Verzeichnet sind 45 Pneumonien = 2,4% mit 28 Todesfällen = 1,4%. Die agonalen Pneumonien und 11 Embolien sind nicht verrechnet.

Besonderer Wert wird auf die Prophylaxe gelegt: Vermeidung von Abkühlung, Einwicklung der Beine, Spülungen mit warmer Kochsalzlösung, Erwärmung des Bettes, Entleerung des Magens (z. B. vor Ileusoperation), Verwendung der K.'schen Sonde, wodurch die Aspirationspneumonien vermieden werden. Die Pneumonien sind häufiger nach Zwerchfell- als Mastdarmoperationen; ob die Infektion auf dem Blut- oder Lymphwege vor sich geht, ist schwer entscheidbar, wahrscheinlicher der letztere. Wesentlich ist die Asepsis, doch werden Abszesse (z. B. bei Appendicitis) rücksichtslos eröffnet. Die Zahl der Pneumonien wurde bei Äther nicht vermehrt, eher war das Gegenteil festzustellen. Bei Laparotomien wird nicht lokal anästhesiert, auch die Morphium-Skopolaminnarkose abgelehnt. Von der Bedeutung der Epidemien kann sich K. nicht überzeugen.

Mühsam (Berlin): Bericht aus der Sonnenburg'schen Klinik. Verzeichnet sind 45 Pneumonien, von diesen 37 durch Embolie entstanden, die relativ häufig beobachtet wurde. Von 9 Oberschenkelvenenthrombosen waren 6 mit Lungenentzündung kompliziert. Von

den 37 embolisch entstandenen Pneumonien fallen 14 auf
auf Privatpatienten: letztere sind vor den Operationen
mehr heruntergekommen. Männer scheinen häufiger als
Embolie ausgesetzt zu sein. Nicht embolische Pneumoni
beiden gleich oft notiert. Die Embolien ereignen sich i
Bewegungen, Transport; oft bleibt es bei leichtesten Er
— Stechen —, oft kommt es zur Infektion. Bei alten
bei Verdacht auf Herzschwäche gebe man prophylaktisch S
oder Digitalis.

Heusner (Barmen): Auf dem Wege der Statistik
nicht weiter; erst müßten wir vor allen Dingen sichere
Kenntnisse von den Abflußwegen der Lymphe aus der
besitzen. Klein (London) habe früher Stomata in Zwer
Lungenpleura angenommen und Kelling behaupte das
Küttner; das sei nicht der Fall; Küttner habe nur
bahnen, die direkt subpleural verlaufen, gesprochen. Stomat
nicht; er akzeptiere daher die Kelling'sche Annahme v
Einwandern der Keime in die Lunge nicht. Auch von d
flußwegen aus dem Blutgefäßsystem hat man gesprochen:
Vorsicht in der Beurteilung solcher Feststellungen. Im
müsse die Lymphe ein 1—3faches System passieren, d
auch Lymphbahnen um die Drüsen herum, die Filtration
Vor 2½ Jahren hat H. eine Epidemie von Pneumonien
— jeder zweite Laparotomierte erkrankte daran: er glaube
seien keine anderen wie bei Infektionen überhaupt; der
gelegentlich durch Kontusionen vorbereitet, Pneumokokken
überall, kreisen im Blute und fassen an geschädigter
Daß Kümmell bei Skopolaminnarkosen wenig Pneumonien
sei auffällig — doch könne das Zufall sein, was auch bei
stoffchloroformnarkose zu berücksichtigen sei. Der Zufall
große Rolle.

König (Jena) hat leider keine Zusammenstellun
lassen; für ihn sei die Kardinalfrage: handelt sichs immer
togene Pneumonien? Wieviel Lungenentzündungen sind
Pneumonien? wieviel embolische?; ohne genaue bakteriologi
suchungen komme man nicht weiter. **Christ**

Rehn (Frankfurt a. M.): Die Behauptung von Herrn
daß wir nach Operation eitriger Abszesse im Bauche besc
Pneumonien bekommen, daß wir uns also vor der Operat
hüten müßten, trifft nicht zu. Ich habe wohl reiche Erfahr
Sache. Ich kann nicht ziffernmäßig Auskunft geben, aber
ich fest versichern, daß das entschieden nicht der Fall
Herrn Kelling's Rat befolgt wird, dann werden wir nat
postoperative Pneumonie haben, aber präoperative Eiterver
subphrene Abszesse von Lungenabszessen und alles möglich
(Selbs

König (Altona): Die Entstehung von Thromben ist bei verschiedenen Operationen verschieden häufig; er hat zwei unglückliche Ereignisse bei Appendixoperationen erlebt, die an sich einfach waren — glatte Operation — glatter Verlauf; nach 10 Tagen lösten sich die obturierenden Pröpfe vom Parametrium; jeder am Wurmfortsatz Leidende ist Thrombenbesitzer. Beim Suchen nach einer Ursache für das Mißgeschick könne er eine Änderung gegen seine frühere Praxis nur in der häufigeren Benutzung des Äthers als vielleicht nicht ohne Einfluß bezeichnen; die Narkose sei gut; dann aber trete später oftmals Kollaps ein, der Digitalis erfordert; dieser fällt in die Zeit der Thrombosen.

Christel (Metz).

Friedrich (Greifswald) betont ebenfalls die Schwierigkeit der Klärung der vorliegenden Frage durch die Statistik, wenn selbst Kliniker wie Czerny und Trendelenburg zum Teil zu entgegengesetzten Resultaten gelangen. F. hebt hervor, daß unter dem Begriff der »postoperativen Pneumonie« ätiologisch sehr verschiedene Vorgänge zusammenfallen können, während es wohl wünschenswert sei, hier eine scharfe Scheidung je nach der Art der Pneumonie vorzunehmen. Er teilt den Standpunkt Czerny's, daß es sich vorwiegend um Aspirationspneumonien handelt, daß kruppöse Formen überhaupt nicht in Betracht kommen, daß die embolischen Pneumonien gar nicht in dieses Kapitel hineingehören, und daß die hypostatischen ja sattsam bekannt seien, und in der Hauptsache wohl immer mit Atmungsinsuffizienz und autochthoner Entwicklung von in den Lungen vorhandenen Bakterien in Zusammenhang stünden. Um diesen beiden Formen, der Aspirations- und der hypostatischen Pneumonie, zu begegnen, ständen uns nach Lage des Einzelfalles nicht immer die Mittel zur Verfügung, wohl aber spielten die Art, Tiefe und Dauer der Narkose für die Aspirationsform eine geradezu entscheidende Rolle, während für die hypostatische die postoperative Atmungserschwerung, namentlich nach Laparotomie, von bekannter Bedeutung sei. Nach diesen beiden Richtungen lägen also die Mittel und Wege, den Pneumonien vorzubeugen. Da die postoperative Atmungsnot oft nur durch den Schmerz der Bauchwand bei der Atmung bedingt sei, empfiehlt F. in solchen Fällen einen reichlicheren Morphiumgebrauch.

Diesen Ausführungen fügt F. noch eine kurze Entgegnung für die mißverstandene Deutung seiner und seines Schülers Nöggerath Versuche seitens Kelling's hinzu.

(Selbstbericht.)

Rotter (Berlin) hat bei 200 Skopolaminnarkosen — event. unter Beigabe von etwas Äther — wohl einige Bronchitiden, aber keine Pneumonien gesehen. Von großem Einfluß auf Thrombenbildung ist ein schwaches Herz.

Henke (Charlottenburg): Die Statistik kann willkürlich gehandhabt werden; wesentlicher wäre die genauere bakteriologische Untersuchung. Die Embolie spiele eine geringe Rolle, mehr die Infektion

von den Luftwegen aus. Infarkte kommen selten zur Beobacht
gegen asthenische und hypostatische Pneumonien häufig.

Meisel (Freiburg) teilt die Anschauung von Kraske
von den anderen abweicht. Er macht die invertierte Lage
wortlich; hat 3mal ohne Bauchfelleröffnung bei hohem Stei
Pneumonie erlebt; Leber, Unterleibsorgane drängen herauf, ge
rechte Herz, und es kommt zu hypostatischen Pneumonien. E
rekto-abdominalen Exstirpation wurde zuerst Blut erbroche
trat Atemnot ein, hypostatische Pneumonie; es fand sich
Autopsie auch Blut im Darme, das wohl durch Zirkulation
in der Pfortader zum Austritt gelangte.

Payr (Graz) hat zur Befestigung der anatomischen Gru
Tieren Carmin. caerul. in das Centr. tendin. gebracht; einige
nach 18 Minnten getötet; es fand sich das Karmin in H
Bronchialbaumes in Lymphdrüsen. Erst 7 Minuten später
Tiere zeigten im zentrifugierten und spektralanalytisch unte
Carotisblut Karmin. Dies also spricht deutlich für Fortleit
Keimen aus dem Bauchraume durch die Lymphbahnen.

Lenhartz (Hamburg) glaubt nach seinen Erfahrungen
Leiche, daß bei Entstehung der Pneumonien der Aspiration die
rolle zufalle, und findet viel Analogien zum Typhus. Die zune
Häufigkeit bei Operationen in der Nähe des Zwerchfelles,
den verschiedenen Manipulationen Schmerz die Atmung und
tion hindert, findet so ihre Erklärung. Wie bei Typhus, emp
auch hier Lagewechsel. Pneumokokken kreisen wenig im B
können nur sehr selten aus diesem kultiviert werden, treten
Aspirationspneumonien erst kurz vor dem Tode im Blut au
die Zwischenfrage von König (Jena), wie man es mache,
Lungen zu öffnen, erklärt L., daß Lagewechsel das Volu
Lunge vermehre, indem Luft in bisher kollabierte Teile dring
kalte Waschungen würden dies tun.

Krönlein (Zürich) hat bei 1409 Laparotomien 8 = 5,6⁰/
moniemorbidität, 2,8⁰/₀₀ Mortalität; er hat Jahrgänge gen
solche, wie z. B. 1904 mit 407 Laparotomien ohne Pneumo
glaubt, daß eine Summierung von pedantisch beobachteten
keiten diese guten Erfolge bedinge. Zuerst die Äthernark
dem Verbrauchsminimum bei bester Qualität des Äthers u
lichster Abkürzung der Narkosedauer. Grundsätzlich wird
Narkose desinfiziert; damit kommt K. auf die Hälfte des
schnittlichen Verbrauches anderer Operateure. Bei der Beh
des Peritoneum wird strengste Asepsis, Vermeidung von Maltr
gewahrt; die Deckkompressen sind feucht, die Tupfer trocken

Trendelenburg (Leipzig) wendet sich gegen die abfälli
merkungen über die Statistik; man dürfe sie nicht unterschä
notwendige Unterlage zum Vergleich des Materiales, der Narkot

Braun (Göttingen) findet, daß der Begriff der Pneumonien von den einzelnen verschieden gefaßt werde. Manches scheine gar keine Pneumonie gewesen zu sein. Christel (Metz).

Kelling bemerkt im Schlußworte Herrn Rehn gegenüber, daß die Infektion der Bauchhöhle mit eitrigen Stoffen keineswegs gleichgültig sei. Er müsse deswegen bei seiner Forderung bestehen bleiben, eitrige Prozesse nicht ohne Not durch die freie Bauchhöhle hindurch zu öffnen. Gegen Herrn Heusner führt er aus, daß das Zwerchfell von der Bauchhöhle nach der Pleura zu durchgängig sei, wie die Tierexperimente zeigen. Er bemerkt schließlich gegen Herrn Friedrich, daß die Luftinfektion zwar nicht ausschlaggebend sei, immerhin aber der Vollständigkeit wegen erwähnt werden mußte, da er es nicht für richtig hielt, dieselbe von vornherein mit Null einzusetzen. Die Erfahrungen der übrigen Herrn Redner hingegen vertragen sich mit der vorgetragenen Pathogenese. (Selbstbericht.)

---

32) **W. Körte** (Berlin). Über den günstigsten Zeitpunkt des operativen Eingreifens bei der Wurmfortsatzentzündung.

Nach einem kurzen Überblick über den Gang der Verhandlungen über den Gegenstand in der deutschen Gesellschaft für Chirurgie betont der Vortr. die zunehmende Häufung der Wurmfortsatzentzündung und besonders der schweren Fälle. Die Gefahren des akuten Anfalles beruhen in der Peritonitis und sodann in später eintretenden Folgekrankheiten. Die Gefahr der Peritonitis ist keine geringe: unter 1791 Fällen, welche Vortr. insgesamt gesehen hat, war 341mal Peritonitis vorhanden. Unter ca. 11000 im Krankenhaus am Urban in $10^1/_2$ Jahren ausgeführten Sektionen waren 206 Fälle durch Perforation des Wurmfortsatzes herbeigeführt.

Eine genaue Diagnose des pathologischen Zustandes am Wurmfortsatz ist im akuten Anfall nicht zu stellen, und ebenso ist die Unterscheidung der beginnenden Peritonitis von der »Bauchfellreizung« nicht möglich. Alle Symptome können täuschen, am sichersten ist noch die reflektorische Muskelspannung. Die Leukocytose ist für die Frühdiagnose nicht zu verwerten. Nun bietet die Peritonitis nur im Beginne günstige Chancen für die operative Behandlung. Das Schicksal dieser Pat. entscheidet sich in den beiden ersten Tagen.

Unter 137 in den drei ersten Tagen nach dem Beginne des Anfalles operierten Kranken hatten 57 bereits eitriges Exsudat in der freien Bauchhöhle. Die Mortalität betrug in den ersten beiden Tagen 18,6%, am dritten Tage schon 36,6%, in den ersten drei Tagen zusammen auf 57 Fälle 27%. Also muß man in den ersten beiden Tagen operieren, wenn man den Pat. mit Peritonitis e perityphlitide helfen will. Bei 80 Pat. war die Bauchhöhle noch nicht infiziert. Diese heilten sämtlich, hatten einen glatten Verlauf, waren dann definitiv gesund.

Die Spätfolgen des akuten Anfalles sind: Abszesse, oft
schwerem Verlauf; ferner Pylephlebitis (20 Fälle, nur 2 gehe
subphrenische Abszesse (33, davon gut 21, † 12), Pyeli
Empyeme, Tubo-Oophoritis, schwere Verwachsungen (Da
verschluß). Die meisten dieser »Spätfolgen« sind durch die Fr
operation zu vermeiden.

Nach dem dritten Tage, im intermediären Stadium, s
Abszesse, wenn nötig, zu eröffnen (Douglasinzision, oder von v
her): 398 mit 5,5% Mortalität. Die Radikaloperation ist im A
szeßstadium weniger günstig, 76 mit 15,7% Mortalität.

Bei Peritonitis ist im Lähmungsstadium die Chance der Ope
tion wenig günstig. 188 Fälle mit 60% Mortalität. 96 wurden ni
operiert mit 77% Mortalität.

Für die Operationen im freien Intervall (579 Fälle mit ca.
Mortalität) ist wichtig das richtige Abklingenlassen der E
zündungserscheinungen. Zahlreiche vorausgegangene Anfälle vermeh
die Schwierigkeit und die Gefahr durch die Verwachsungen. Letzt
können »Nachbeschwerden« verursachen.

Bei »Pseudoappendicitis« — Schmerzen ohne vorausgegang
Entzündungsanfälle — rät Vortr. abzuwarten. Appendicitis o
literans kann andauernde Schmerzen unterhalten, ist jedoch ni
zu diagnostizieren. Dreimal fand K. kleine Karzinome des Wu
fortsatzes bei Exstirpation desselben als Nebenbefund.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Roux (Lausanne) will der Appendicitis mehr durch Belehru
des Publikums und der Ärzte beikommen. R. hält die Krankheit
ungefährlicher wie z. B. die Salpingitis, und hat seit Jahren kei
Todesfall mehr erlebt. R. ist für die Frühoperation, wenn mögl
innerhalb der ersten 36 Stunden. Er glaubt, daß bei der jetzi
Neigung, sofort nach jedem »Anfall« zu operieren, die Gefahr entste
manche Appendix zu exstirpieren, wo gar keine Appendicitis vorlie

Kümmell (Hamburg) war früher Anhänger der mehr konser
tiven Richtung und hatte auch gute Resultate dabei. Früher üb
wogen entschieden die leichten Anfälle. In Hamburg ist dies je
anders geworden, die Anfälle treten bedeutend schwerer auf. K.
daher absoluter Anhänger der Frühoperation geworden. Er verfü
jetzt über eine Erfahrung von über 1000 Fällen. Der anatomisc
Befund steht oft in großem Widerspruche zum klinischen und rec
fertigt das frühzeitige Eingreifen. Nach dem 3. Tage des Anfal
soll man abwarten und im Intervall operieren, bei Abszessen spalt
und erst später, nach 6—8 Wochen, den Wurmfortsatz entfernen.
allgemeinen operiert K. jeden Pat., der einen deutlichen Anfall durc
gemacht hat, im Intervall.

Rotter (Berlin) gibt die Mortalitätsziffer der von ihm beobac
teten Fälle in drei Gruppen, je nachdem das Exsudat fehlte, ser

oder eitrig war. Bei der ersten Gruppe betrug die Mortalität 0%, bei der zweiten 3,7%, bei der dritten 24%, im ganzen unter 90 Fällen 10%. Am 1. Tage des Anfalles sah er 25 Fälle mit 4 eitrigen Exsudaten, am 2. Tage 65 Fälle mit 31 eitrigen Exsudaten, woraus hervorgeht, daß der beste Zeitpunkt zur Operation die ersten 24 Stunden sind.

Federmann (Berlin) berichtet für Sonnenburg. Derselbe ist nicht unbedingter Anhänger der Frühoperation, steht aber doch auf dem Standpunkt, im allgemeinen in den ersten 48 Stunden zu operieren

S. unterscheidet zwei Gruppen:

I. Diffuse Fälle, die sofort operiert werden. Von 58 starben 12 = 20%.

II. Appendicitis ohne oder mit umschriebener Peritonitis. Hier starben von 126 Fällen 6 = 4,8%.

Riedel (Jena) fragt Körte nach der Technik seiner Operationen.

Ceccherelli (Parma) blieb unverständlich. Jaffé (Hamburg).

Hans Haberer (Wien) berichtet in Vertretung seines Chefs, Hofrates v. Eiselsberg, daß die erste chirurg. Klinik in Wien den Standpunkt der Frühoperation innerhalb der ersten 48 Stunden des Anfalles angenommen hat, während im intermediären Stadium, also während des Anfalles jenseits der ersten 48 Stunden, keine Radikaloperation ausgeführt wird. In diesem Stadium wird exspektativ behandelt, event. werden sich ausbildende Abszesse inzidiert. Die gleichzeitige Appendixresektion wird dabei nur ausgeführt, wenn die Situation der Appendix eine solche ist, daß sie ohne Lösung gröberer Adhäsionen entfernt werden kann. In allen übrigen Fällen wird die Appendix sekundär entfernt. Die Peritonitiden werden, gleichgiltig, in welchem Stadium sie eingeliefert werden, prinzipiell operiert, und zwar wird breit inzidiert, die Appendix wenn möglich dabei entfernt und die Peritonealhöhle reichlich mit physiologischer Kochsalzlösung gespült. Dieser therapeutische Standpunkt hat sich aus den Erfahrungen, die an 459 in Königsberg und Wien behandelten Fällen gewonnen wurden, herausgebildet, welches Material nach allen, von chirurgischer Seite empfohlenen Methoden behandelt wurde. Dabei wurden auch — wenigstens für den größeren Teil des Wiener Materiales — die Dauerresultate berücksichtigt, wie es für die Frage der Therapie entschieden notwendig ist. (Selbstbericht.)

Riese (Britz) ist auch Anhänger der Frühoperation. Fälle von Ileus durch Verwachsungen und Stränge sind auch oft nichts anderes, als Folge chronischer Appendicitis. Die praktischen Ärzte behandeln zuviele Fälle auf Peritonitis, die auch auf Rechnung der Appendicitis zu setzen sind.

Schlange (Hannover) hält die Appendicitis für eine Krankheit, die in erster Linie den Chirurgen gehört. Jeden Fall zu operieren,

hält er für verkehrt; die Reaktion würde nicht ausbleiben. I
scheidet zwischen einem ersten Anfall und wiederholten
Ist der erste Anfall gleich schwer gewesen, so operiert S. so
Beendigung desselben: man findet dann oft Kotsteine im W
satze. Bei wiederholten, leichten Anfällen kann man zunä
warten.

Jaffé (Ham

Rehn (Frankfurt): Die Gründe, welche uns veranlasse
akut entzündeten Wurmfortsatz schleunigst zu entfernen, s
erlei Art.

Erstens, die akute phlegmonöse Entzündung, i. e. d
Appendicitis; sie tritt wohl niemals in einem bis dahin
Wurmfortsatz auf. Vielmehr sind gewisse abnorme Zustä
kleinen Gebildes als Vorbedingungen anzusehen. Es han
meist um chronische Veränderungen des Wurmfortsatzes,
akute Anfall ist nur eine Phase in dieser chronischen Erk
Nun pflegen diese chronischen Prozesse im Wurmfortsatze nic
völlig symptomlos zu verlaufen. Ein anderes Mal sind die S
gering, oder sie sind irreführend. In diesen Fällen wirkt
akute Anfall geradezu klärend, er wirft ein helles Licht
bisher völlig dunkle oder eine mehrdeutige Erkrankung.

In einer Reihe von anderen Fällen freilich ist die Erl
des Wurmfortsatzes schon längst dem untersuchenden Ar
geworden, ehe eine akute Steigerung eintritt.

Ich glaube keinem Widerspruche zu begegnen, wenn i
daß ein chronisch erkrankter Wurmfortsatz, welcher Bes
macht, entfernt werden muß. Um wieviel mehr aber ist es
einen chronisch erkrankten Wurmfortsatz, welcher sich akut e
rasch zu entfernen, gleichviel, ob seine bisherige Erkrankung
ohne Symptome verlief. Denn die akute Entzündung zeigt u
artig, daß ein unheimlicher, gefährlicher Wurmfortsatz vorlie
Blitz erhellt nicht nur, er kann auch zünden, und niema
sagen, was dabei in Flammen aufgeht. Das ist der zweit
Kein Mensch kann über die Tragweite der akuten Entzün
sicheres Urteil abgeben. Es kommt aber meines Erachtens
darauf an, ob ein Anfall leicht oder schwer auftritt, ganz a
von der Unmöglichkeit einer sicheren Prognose. Im Prinzip
jeder akute Anfall die sofortige Operation, und zwar aus zw
prophylaktischen Gründen.

Den dritten Grund gibt die rasche, sichere und radikale
welche man durch rechtzeitiges Eingreifen im akuten Anfal

Ich halte mich für verpflichtet, kurz die Gesamtzahle
akuten Fälle bis zum 1. April 1905 vorzuführen: Im ganzen
operiert 419 Fälle.

80 wurden so frühzeitig operiert, daß noch keine Eiterun
halb des Wurmfortsatzes gefunden wurde, so daß oft die Ba
zugenäht werden konnte, wie bei der Intervalloperation. B

günstigsten Sachlage sind dann die betreffenden Pat. nach Ablauf der drei Wochen, während welcher wir zur Erzielung einer widerstandsfähigen Narbe die Bettruhe für nötig halten, dauernd und radikal von ihrem Leiden befreit. — 203mal habe ich bei abgekapseltem Abszeß bezw. zirkumskripter Peritonitis operiert. Davon sind geheilt 178, gestorben 25.

Hierzu gehören:

1) frische Eiterungen in der Gegend des Wurmfortsatzes,

2) mit Verbreitung nach dem Becken, nach der Leber, nach der anderen Seite hin,

3) multiple Abszesse,

4) frische und ältere Eiterungen mit Phlegmone der Coecalwand, Thrombose der Mesenterial- und Netzvenen, sowie der Vena iliaca, siebförmige Durchlöcherung des Darmes, Lungen- und Leberabszesse. Pleuraempyeme, Meningitis, Nierenvereiterung,

5) subphrenische Abszesse,

6) Arrosionen der Gefäße, Blutungen aus der Arteria iliaca,

7) Darmabknickungen, Volvulus (drei Fälle),

8) gleichzeitig bestehender Diabetes.

Ein großer Teil der Todesfälle ist durch diese Komplikationen bedingt.

Ich komme nun zu den Peritonitiden, und zwar zu den fortgeschrittenen, weit verbreiteten Peritonitiden; darunter waren sehr viele auf das Zwerchfell verbreitet. Von diesen Fällen habe ich 136 operiert; davon sind geheilt 75, gestorben 61. Im letzten Jahre aber, — und das muß doch teilweise darauf zurückzuführen sein, daß wir die Fälle früher bekommen und in der Operationstechnik weiter gekommen sind — habe ich von 27 sehr schweren, nicht ganz diffusen und schnell progredienten Peritonitiden 18 geheilt, nur 9 sind gestorben.

(Selbstbericht.)

Arnsperger (Heidelberg) legt den Standpunkt Czerny's dar. Czerny ist nicht für die Operation in jedem Falle. Früher war er Anhänger der zweizeitigen Operation (zuerst Inzision des Abszesses, später Radikaloperation), jetzt entfernt er den Wurmfortsatz gleich bei der Abszeßeröffnung.

Payr (Graz) bezeichnet als wichtiges Frühsymptom der Peritonitis die Spannung der Bauchdecken. Er ist Anhänger der Frühoperation und bezeichnet als durchschnittliche Heilungsdauer 16 Tage. Seine Mortalität betrug 4,7%.

Hochenegg (Wien): Ich habe mich zum Worte gemeldet, um die Aufmerksamkeit neuerdings auf die sog. Douglas'schen Abszesse, die im Gefolge von Appendixerkrankungen nicht so selten aufzutreten pflegen, zu lenken, da ich finde, daß dieses Thema bisher nicht genügend erschöpfende Behandlung gefunden hat, daß in bezug auf die Ätiologie genannter Abszesse Zweifel bestehen, und daß endlich auch über ihre Behandlung noch keine Einigung erzielt wurde.

Die Erfahrungen, die ich im Laufe der Jahre an meinem I
materiale zu machen Gelegenheit hatte, zeigten mir aber, d
Abszesse in ihrem ersten Entstehen, in ihrer weiteren Ent
und in ihrer charakteristischen Symptomatologie sehr viel gem
haben, so daß die Abszesse dieser Lokalisation einer gesonde
sprechung zugeführt werden sollten, ungefähr so, wie deren A
im Bauchraume: die subphrenischen Abszesse, schon lange
haben. Wegen der Kürze der Zeit will ich mich hier auf das
beschränken und dieses in gedrängter Kürze vorbringen, mic
sächlich auf eigene Beobachtungen stützen und es unterlasser
Ansichten zu zitieren.

Vor allem muß, um Irrtümern vorzubeugen, hervorgeho
den, daß es sich bei einem Douglas'schen Abszeß um eine ab
Eiteransammlung im kleinen Becken handelt, und daß de
Bauchraum von dieser Eiteransammlung durch eine Barriere,
den geblähten Dünndärmen und der Flexur mit ihrem Gek
bildet wird, vollkommen abgeschlossen ist. Wie so häufig
phrenische Abszeß eine Erkrankung an und für sich darst
bei dieser der Ausgangspunkt des Abszesses eigentlich nicht
kommt, so ist es auch bei den Douglas'schen Abszessen. S
in ihren typischen Fällen eine Krankheit an und für sich
rechtzeitig diagnostiziert und richtig behandelt werden muß u
die beste Prognose gibt, sonst aber meist in ihrem Gefolg
seltenen Fälle spontaner Perforation gegen den Darm zu abgere
Perforation gegen den Bauchraum und diffuse Peritonitis zur I

Ich mußte dies extra hervorheben, da, wie aus den s
Arbeiten dieses Gebietes sich ergibt, hierüber noch keine Ei
den Anschauungen erzielt ist, indem vielfach auch dann vo
Douglas'schen Abszesse gesprochen wird, wenn, was ja
natürlich ist, bei diffus eitriger Bauchfellentzündung sich der E
im kleinen Becken angesammelt hat.

Wenn ich noch hervorhebe, daß diese Abszesse keineswe
sind, daß, wie in meinem Materiale, dieselben ca. 30% der ap
lären Abszesse ausmachen — ich habe in meinem Materiale 23
abszesse gegen 76 an typischer Stelle verzeichnet —, so g
auch durch diesen Umstand die Berechtigung gesonderter Bes
dargetan zu haben.

Die Umstände, die zu einem Douglas'schen Abszess
können, werden nun folgendermaßen erklärt: durch eine Ap
gangraenosa kommt es zur Perforation, das ausfließende höc
tiöse Material sammelt sich im kleinen Becken, oder aber d
erkrankte Appendix war von vornherein im kleinen Becken
so daß naturgemäß die Entleerung gegen das kleine Becken
Durch den Reiz des ausgetretenen Infektionsmateriales entwi
dann im Laufe der Zeit der Douglas'sche Abszeß. Wie
sei, es wird eine schwere phlegmonöse Parenchymerkran
Appendix als notwendige Vorbedingung angenommen.

Wenn ich auch nicht leugnen will, daß diese Art der Entstehung bei Douglas'schen Abszessen vorkommt, so führten mich meine Krankenbeobachtungen, dann die Ergebnisse der Frühoperationen, sowie die Befunde der nach abgeklungenen Abszessen ausgeführten Radikaloperationen zur Ansicht, daß in vielen Fällen von Douglas-schen Abszessen noch ein anderer Entstehungsmechanismus eine Rolle spielen müsse, und daß hierauf der eigentümliche gutartige Verlauf der Douglas'schen Abszesse zurückgeführt werden muß.

Die Fälle dieser Kategorie bieten von ihrem ersten Anfang an ein eigentümliches charakteristisches Symptomenbild, so daß es mir aus den typischen Merkmalen schon zu wiederholten Malen gelungen ist, das Ausklingen des Anfalles in einem Douglas'schen Abszesse bei der ersten Untersuchung zu prognostizieren.

Vor allem handelt es sich bei den typischen Fällen dieser Kategorie um den ersten Anfall. Bei diesen Pat. ging niemals eine ernste Appendixerkrankung voraus, höchstens wurde mir angegeben, daß manchmal ein Gefühl der Spannung oder geringe Appendixkoliken verspürt worden waren.

Die Krankheit setzt immer plötzlich, meist mit imponierender Vehemenz ein. Früher vollkommen gesunde Leute empfinden häufig während einer stärkeren Spannung der Bauchdecken, wie beim Tennisspiel, Bücken, Pressen beim Stuhl usw., einen ungemein heftigen Schmerz, wie wenn etwas im Bauche geplatzt wäre; dem Schmerz folgt ein oft besorgniserregender Chok; der Kollaps hält Stunden bis Tage an, schon in den ersten Stunden entwickelt sich ein auffallend starker Meteorismus, zunächst ohne jegliche Peristaltik.

Objektiv geben diese Fälle in diesem Stadium für den Unkundigen diagnostische Schwierigkeiten deshalb, weil solche Pat. in der Appendixgegend nicht druckempfindlicher sind als in anderen Bauchgegenden, und weil an typischer Stelle nicht die Spur von einem Infiltrate palpabel ist.

Ich habe in diesem Stadium dreimal die Appendix exstirpiert, jedesmal eine perforierte, zweimal eine vollkommen leere, einmal eine mit einem Stein erfüllte Appendix an normaler Stelle angetroffen. Bei allen diesen Fällen fiel mir an der exstirpierten Appendix auf, daß sie keinerlei entzündliche Veränderungen ihrer Wand zeigte; es bestand weder Gangrän noch ein Dekubitusgeschwür, die Perforationslücke machte den Eindruck einer frischen Rißwunde. Trotz der Frühoperation und Drainage des Wundbettes habe ich der Bildung eines Douglas'schen Abszesses nicht vorbauen können, so daß dann eine zweite Operation zur Eröffnung des Abszesses nötig wurde, worauf ich Heilung erzielte.

Ich kehre zurück zur Schilderung der Symptome in den Fällen, bei denen keine Frühoperation gemacht wurde.

Die Pat. erholen sich allmählich aus ihrem Kollaps. Der Meteorismus bleibt aber bestehen, nur wechselt er im Verlaufe der nächsten Tage seinen Typus, indem wir jetzt meist lebhafte, subjektiv empfun-

dene, objektiv als Darmblähung wahrnehmbare Peristaltik beo
Dabei beginnt die bis dahin niedere Temperatur allmählich zu
der Puls wird frequenter.

Wiederholt wurden mir Pat. in diesem Stadium mit der I
Darmverschluß zugeschickt.

Wartet man noch weiter zu, so gesellen sich diesem Kra
bild als überaus charakteristische Symptome Sphinkterlähmu
gang großer Mengen glasigen Schleimes per Rectum, Urinve
dazu.

Auch in diesem Stadium ist die Ileocoecalgegend kaum
lich, und gewöhnlich ist auch hier keine Resistenz tastb
die Rektaluntersuchung ergibt den charakteristischen Befun
prall gespannten, undeutlich fluktuierenden, gegen das Rekt
von vorn und oben prominierenden Geschwulst, die selbst bei
tiger Beckenhochlagerung ihre Spannung beibehält. (Differe
gnostisches Merkmal gegenüber diffuser Peritonitis.)

Es erübrigt mir, die Symptome kurz zu erklären.

Der initiale Schmerz entspricht der Ruptur der vorhe
scheinlich mit Schleim prall gefüllten, aber nicht schwer ent
veränderten Appendix, die wahrscheinlich bei den aufrecht st
gehenden Pat. tief gegen das Becken herabreicht. Daß n
Entleerung des Fortsatzes die Gegend nicht druckempfindlich
weist ebenfalls den Mangel einer Appendixentzündung.

Der schwere Kollaps und der rapide auftretende Met
sind reflektorische Choksymptome, wie bei anderen abdominell
forationen.

Der initiale reflektorische Meteorismus ohne Peristaltik
gelöst durch den Meteorismus mit Peristaltik, der das sich al
entwickelte Passagehindernis anzeigt; die Lähmung der Sph
und der Abgang vom Schleimmassen lassen sich durch Druck
den Sphinkter versorgenden Nerven, sowie auf eine auf die Ma
wand fortgeleitete Entzündung beziehen.

Ich stelle mir mithin den Gang der Ereignisse folgenderma

Ein Kotstein legt sich vor das Coecallumen der Appen
bringt es vollkommen zum Abschluß; hinter demselben komm
Ansammlung von Schleim in der Appendix, die schwere freie A
sinkt gegen das kleine Becken, irgendein stärkerer Druck br
zum Bersten. Nach erfolgter Ruptur entledigt sich die musk
Appendix ihres Inhaltes. Auf diesen Perforationsreiz reag
Peritoneum mit Meteorismus, wie bei anderen mechanischen u
mischen Insulten des Peritoneums, die geblähten Schlingen s
zunächst wie ein Luftpolster nach oben zu ab, verkleben dan
einander und bilden eine das Peritoneum schützende, den
nach oben abschließende Kuppe. Beim weiteren Wachstum en
sich der Abszeß hinter den Dünndärmen bis gegen die Radix
terii, drückt nach unten gegen den Mastdarm und die Bl
zeitigt die charakteristischen schon geschilderten Symptome.

Ich wiederhole nochmals, daß ich diesen Entstehungsmechanismus für die meisten, nicht für alle Douglasabszesse annehme.

Als Bestätigung meiner Auffassung möchte ich für diese Fälle noch das immer konstatierte Fehlen einer Leukocytenvermehrung anführen.

In bezug auf die Therapie dieser Fälle erwähne ich, daß ich die Eröffnung des Abszesses auf parasakralem Wege bevorzuge, und daß ich dieser Operation nachrühme, daß man auf kürzestem Wege zum Abszeß kommt, und daß hierdurch eine sichere Drainage ermöglicht wird. Vor der Inzision per laparotomiam haben alle Methoden von unten die größere Sicherheit in bezug auf eine Infektion des Peritoneums und die Vermeidung der Bauchwandhernie voraus.

Ich habe 19mal die parasakrale Operation geübt und 17 Heilungen erzielt; ein Fall ging 2 Monate später an allgemeiner Tuberkulose zugrunde, ein Fall erlag seiner schon vor der Operation bestandenen Sepsis. (Selbstbericht.)

Silbermark (Wien): v. Mosetig und seine Schüler stehen auf dem Standpunkt, eine Appendicitis anzugehen, sobald sie diagnostiziert ist, und die Appendix, wenn nur irgendwie möglich, in jedem Falle zu entfernen, sind somit entschiedene Anhänger der radikalen Frühoperation. Zwei Momente geben hierbei den Ausschlag: 1) Schafft eine Radikaloperation bei den sog. einfachen Formen derartige Gefahren für das Leben des Pat., daß der frühzeitige Eingriff ungerechtfertigt erscheint? 2) Ist man imstande, in den ersten Tagen des Anfalles eine Spontanheilung ohne Eingriff mit Sicherheit auch nur als wahrscheinlich hinzustellen?

Zur Stütze führt S. folgende Statistik an:

Mortalität bei	einfachen Formen	6%,
» »	komplizierten Formen	15,9%,
» »	Frühoperation innerhalb der ersten 48 Stunden	5,2%,
» »	Spätoperation nach den ersten 48 Stunden	13,8%,
» »	Frühoperation bei diffuser Peritonitis	10%,
» »	Spätoperation bei diffuser Peritonitis	45,9%.

Es ergeben sich daraus folgende Schlüsse: Die Frühoperation bringt bei dem heutigen Stande der Technik in jenen Fällen, die möglicherweise spontan hätten heilen können, dem Kranken keinen Schaden. Andererseits fehlt bis jetzt ein diagnostisches Hilfsmittel, um gleich zu Anfang mit Sicherheit behaupten zu können, ob nicht der oder jener Fall denn doch zu einer Komplikation führen wird. Noch viel weniger ist man imstande, in jedem Falle zwischen einfacher und komplizierter Appendicitis zu unterscheiden. Ein Beweis hierfür liegt darin, daß von den im ersten Anfall operierten Fällen 80% Komplikationen aufwiesen, während nur 20% einfache, katarrhalische Formen waren.

Vor allem aber zeigen die Resultate der Frühoperation in bezug auf die Gesamtmortalität eine ganz bedeutende Differenz, 5,2% gegen

13,8% bei Spätoperation. Noch deutlicher tritt der Wert
operation bei den schweren Formen von diffuser Perito
Perforation des Proc. vermif. zutage. Während sich die
für die Frühoperation auf 10% stellt, beträgt sie für die
tion 45,9%. Das sog. »Warten mit dem Messer in der
deutet also entschieden eine Verschlechterung der Prog
Standpunkt der Appendicitis gegenüber muß der gleiche
einer inkarzerierten Hernie sein; rasche und radikale Bese
Übels. (Selbs

H. Schnitzler (Wien) bekennt sich auf Grund von E
die er bei mehr als 700 Appendixoperationen sammeln
Anhänger der Frühoperation, die er 80mal (mit zwei Todes
geführt hat. Er tritt der Meinung Schlange's entgegen
mit Rücksicht auf die Stimmung des Publikums die Fr
nicht durchsetzen könne oder solle. Die von Federmann
Auffassung Sonnenburg's, gegen die Frühoperation sprec
sicherheit, ob ein primärer Verschluß der Bauchwunde m
werde, lasse sich nur zugunsten der Frühoperation verwe
eben hieraus hervorgeht, daß man auch schon im frühen S
Erkrankung nicht wisse, wie weit die Infektion schon vo
sei. S. meint ferner, nicht der pathologisch-anatomische
der Appendix sei für die Prognose das Entscheidende, so
mehr das Allgemeinbefinden der Kranken und der Zustand d
Bei bestehendem Meteorismus ist nach S.'s Erfahrungen di
stets zweifelhaft, bei noch arbeitsfähigem Darme sei sie,
der sonstige Operationsbefund ungünstig erscheint, relativ
(Selbs

Sprengel (Braunschweig) hält die prinzipielle Überle
Frühoperation heute für erwiesen. Von seinen 236 in
4 Jahren im Anfall operierten Fällen waren 76 Frühfälle m
fällen = 5% Mortalität; 160 Spätfälle mit 40 Todesfälle
Mortalität.

Wichtiger noch ist der Umstand, daß die Frühope
sichersten die Gefahr der freien Peritonitis, des wichtigst
in der Mortalität, einschränkt. Etwa 2/3 aller Peritonitis
auf den 2.—4. Krankheitstag; die Resultate ihrer Behan
nachweislich um so günstiger, an einem je früheren Tage
kung (an Appendicitis) die Operation stattfindet.

Trotzdem dürfen die Bemühungen, diagnostisch fort
nicht aufhören; sie sind keineswegs aussichtslos, wenn man
symptome der freien Peritonitis — Spannung der Bauchd
Aufhebung der Zwerchfellatmung — sorgfältig beachtet, un
teilung der Appendicitisformen nicht zu sehr kompliziert;
Einteilung in Appendicitis simplex und destructiva für aus

Die Gefahr der Intermediäroperation wird übertrieben
unter 51 Fällen nur 2 Todesfälle.

Die Frage der Intervalloperation bedarf um so mehr der Revision, je mehr das Prinzip der Frühoperation Anerkennung findet.

(Selbstbericht.)

Körte (Berlin) betont noch, daß die Leukocytenzählung ihn im Stiche gelassen und oft direkt getäuscht habe. **Jaffé** (Hamburg).

---

33) **Kausch** (Breslau). Die schwere Magenektasie ohne Stenose.

K. hat bei dem großen Materiale der Breslauer chirurgischen Klinik keinen Fall finden können, in welchem eine schwere Magenektasie — Rückstände frühmorgens nüchtern — ohne ein Hindernis am Pylorus bestanden hätte. Auch in der Literatur konnte er keinen Fall finden, der der strengen Kritik stand hielte.

Dann hat K. bei den zahlreichen Fällen von Pylorospasmus, die namentlich in früheren Jahren zur Operation kamen, stets eine schwere motorische Störung vermißt, während gewöhnlich eine leichte nachweisbar war. Es gilt dies sowohl für die rein nervöse Form, als für die, bei der ein Ulcus ventriculi vorliegt.

K. kommt so zu dem Schluß, daß die schweren Grade der mechanischen Störung des Magens anscheinend nur infolge von richtigen Hindernissen entstehen, durch Krämpfe, Pylorospasmus nie, durch Lähmung, Atonie, wie es scheint, auch nicht. (Selbstbericht.)

---

34) **Petersen** (Heidelberg). Zur Histogenese der Magen- und Darmkarzinome.

Die Histogenese der Magen-Darmkarzinome ist aus zwei Gründen sehr schwer zu erforschen: 1) Diese Karzinomformen wachsen mit ganz verschwindenden Ausnahmen unizentrisch (aus sich heraus); es kann daher in den Randpartien die Histogenese fast niemals studiert werden. 2) Kleinste beginnende Magen-Darmkarzinome gelangen nur sehr selten zur Beobachtung.

Bei der Untersuchung von 70 Magen- und 230 Darmkarzinomen hat nun P. doch einige Stellen gefunden, die auch über die Histogenese Auskunft geben. Er ist zu dem Schluß gekommen, daß das Magen-Darmkarzinom, ebenso wie das Hautkarzinom, beginnt mit einer primären Erkrankung des Epithels ohne wesentliche Beteiligung des Bindegewebes. Histologisch finden sich alle Übergänge zwischen Polyp, Adenom und Karzinom; es erscheint dies P. nur schwer vereinbar mit der parasitären Karzinomtheorie. (Selbstbericht.)

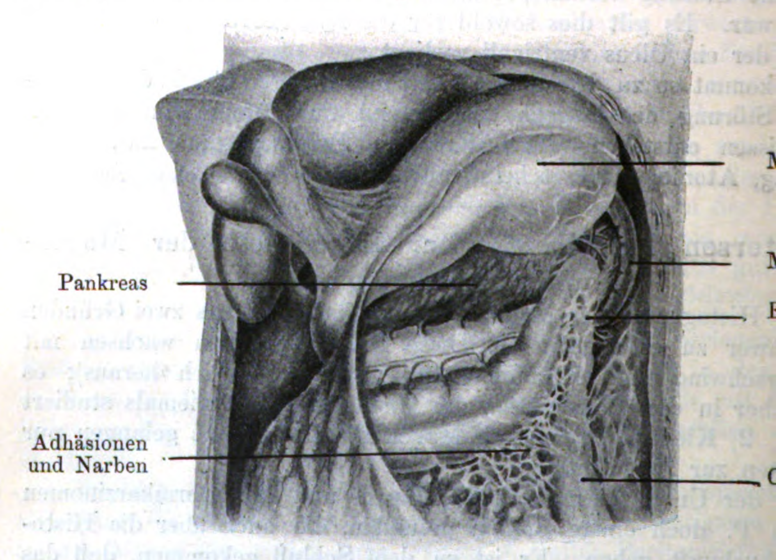
---

35) **Payr** (Graz). Uber eine eigentümliche Form chronischer Dickdarmstenose an der Flexura coli sinistra.

P. beschreibt von ihm in mehreren Fällen gefundene, ziemlich typische Veränderungen an und in der Umgebung der

Flexura lienalis coli, durch welche der Zustand einer c schen Verengerung des Darmlumens gegeben ist.

Durch einen chronischen in der Umgebung der Flexura sich abspielenden Entzündungsprozeß kommt es zu einer Ver des linken Kolonwinkels nach oben, zu multiplen Adhäsionen z diesem und dem Parietalperitoneum, der Milz, dem Magen u Zwerchfell und vor allem zu einer innigen Verlötung der End des Colon transversum und des Anfangsteiles des Colon desc Zahlreiche weiße, manchmal kammartige, sternförmige, strahlig auch mehr flächenhafte, sehnig glänzende Narben und Adh lassen sich an den obengenannten Teilen, besonders aber a Netz und entlang dem Colon descendens nachweisen. Das Netz lagert als sklerosierte Platte manchmal über dem Endt Colon transversum und dem Anfangsteile des Colon descenden Verlauf dieser beiden Darmabschnitte ist manchmal ein nahezu leler, so daß eine Änlichkeit mit dem Laufe einer Doppelflin steht; (s. beistehende Abbildung).



Das Colon transversum findet sich in diesen Fällen stets seine Wand verdickt, das Colon descendens leer, manchmal abge Durch die innige Aneinanderlagerung dieser beiden Darmab wird eine Art von Sporn gebildet und eine relative Stenose Eigentümlich sind die Lage- und Gestaltungsveränderungen an ascendens und transversum. Ohne Bildung einer ausgeprägten hepatica geht bisweilen Coecum und Colon ascendens in da transversum über, einen gewaltigen, nach außen und oben k Bogen bildend.

Dieses Krankheitsbild hat P. in vier Fällen genauer zu st Gelegenheit gehabt; in einem fünften und sechsten Falle wa

äußeren Verhältnisse nicht danach angetan, um sich vollkommen über Lage und Fixationsverhältnisse der betreffenden Darmpartien zu orientieren.

Bisher fanden sich hierher gehörige Beobachtungen in der Literatur nur äußerst spärlich (Braun, Zeidler, A. v. Bergmann), während gerade in den letzten Jahren in der französischen Literatur eine, wenn auch nicht große Zahl, hierher gehöriger Beobachtungen auftauchten (Terrier, Poirier, Quénu, Walther, Routier u. a.).

Die linke Flexur steht immer höher als die rechte; der durch sie dargestellte Winkel ist immer ein spitzer. Er kann verschärft werden durch höhere Fixation, durch strangartige Beschaffenheit der ihn fixierenden Bänder, sowie durch Koloptose. Das Ligamentum phrenicocolicum — von französischen Autoren bis ins Detail topographisch bearbeitet — spielt als Befestigungsmittel dieses Darmteiles eine gewisse Rolle.

Viel wichtiger aber, als die durch jenes Band mitbedingte Winkelbildung sind die von P., in geringerem Maße auch von anderen beobachteten Adhäsionen. Sie sind höchst wahrscheinlich die Folge eines chronisch sich in der Bauchhöhle abspielenden entzündlichen Prozesses, können aber auch im Gefolge einer einmaligen heftigeren intestinalen entzündlichen Attacke entstehen. Als Hauptursachen für das Zustandekommen jener Adhäsionen, die man pathologisch-anatomisch dem Bilde der chronischen, adhäsiven und sklerosierenden Peritonitis zurechnen muß, möchte P. Perityphlitis, Ulcus ventriculi, Cholelithiasis und Erkrankungen des weiblichen Genitales ansehen. Neoplasmen, sowie Darmdivertikelbildung dürften in seltenen Fällen ähnliches verursachen, wie dies ja auch noch von zahlreichen anderen Krankheitsprozessen angenommen werden muß.

Der Mechanismus der zu beobachtenden Darmverengerung ist kein ganz einfacher. Bei spitzwinkliger Knickung von Darmteilen beobachtet man Spornbildung. Dieselbe ist für diese Verhältnisse nachgewiesen (Roith Gefrierschnitte, Braun Formolhärtung, Payr Untersuchung am Lebenden). Außerdem aber ist die Peristaltik dieses in so viele Adhäsionen eingehüllten und dadurch universell fixierten Darmteiles sehr eingeschränkt; er stellt einen sog. toten Punkt dar. Endlich darf man gerade bei diesem Verhalten eine Kompression des abführenden durch den plötzlich stark gasgeblähten zuführenden Darmteil annehmen. Für Gase ist das Hindernis fast ernster, als für Fluida und für die festen Fäkalmassen.

In klinischer Beziehung kann man sagen, daß man den Zustand einer chronischen Dickdarmstenose vor sich hat: Ganz allmähliches Entstehen der Obstruktionserscheinungen; anfangs, manchmal schon von Jugend auf, hartnäckige Obstipation. Es wird immer schwieriger, Stuhl zu erzeugen. Auffallend ist, daß von dem Eintreten schwererer Obstruktionserscheinungen an Abführmittel per os gegeben wenig Erfolg bringen, während durch Öl oder Wassereinläufe gewöhnlich Stuhlgang erzielt werden kann.

Ganz ähnlich, wie bei obturierenden Karzinomen, stellen si
Zeit zu Zeit Obstruktionskrisen ein. Kolikartige Schmerzen
getriebensein des Leibes, Appetitlosigkeit, vollständiges Sistier
Stuhl und Winden, Brechneigung, übler fäkaloider Geruch a
Munde, bisweilen Erbrechen sind die Hauptsymptome. In m
Fällen konnte P. ziemlich hohes Fieber beobachten. Nach mehrt
Anhalten dieser Erscheinungen gewöhnlich auf einen reichliche
lauf oder subkutane Anwendung von Atropin, in anderen
spontan, erfolgen explosionsartig kopiöse Diarrhöen mit Ent
unglaublicher Mengen aashaft stinkenden, dünnflüssigen S
Daraufhin fällt das Abdomen zusammen, die Schmerzen hören
kurzer Zeit ist wieder volles Wohlbefinden da. Nach kürzer
längerer Zeit, die Intervalle sind oft ganz regelmäßig, wiederh
das nämliche Bild.

Es kann zu sehr ernsten Obstruktionserscheinungen k
jedoch hat P. keinen Fall gesehen, in dem eine absolute Ve
des Darmrohres anzunehmen gewesen wäre.

Infolge geringer Nahrungsaufnahme — viele Kranke besch
sich aus Furcht vor den schweren schmerzhaften Anfällen auf
Nahrung — tritt Abmagerung und schlechtes Aussehen ein. Ma
ist die Unterscheidung von malignen Neoplasmen des Darm
schwierig. Die Erkrankung kommt vorzugsweise im mittlere
höheren Alter vor. Männliches und weibliches Geschlecht s
in gleicher Weise befallen zu werden.

Die Diagnose hat sich zunächst mit der Feststellung de
handenseins einer Verengerung des Darmes, und zwar des Dick
zu beschäftigen. Der konstante Schmerz unter dem
Rippenbogen, das nicht selten schief aufwärts ziehende ge
mannsarmdicke Colon transversum, das man durch die Bauch
bisweilen fühlen kann, die gewöhnlich äußerst typische Anamne
das Ergebnis der Luft- und Wasseranfüllung des Dickdarm
Rektum aus lassen gewöhnlich das Vorhandensein eines Hinde
im Darm erschließen.

In zwei Fällen bediente sich P. angesichts des dringende
dachtes auf ein Karzinom am Colon descendens bezw. Flexu
moidea des Schreiber'schen Rekto-Romanoskopes. Mit 35 cm
Tubus gelang es, einen großen Abschnitt des Dickdarmes zu
sehen und wenigstens für diesen das Vorhandensein eines m
Neoplasmas auszuschließen.

Die Prognose kann natürlich nur dann, wenn die Anwe
eines malignen Neoplasmas mit Sicherheit ausgeschlossen werden
einigermaßen günstig gestellt werden.

Das Vorhandensein der beschriebenen Stenosenform dis
zu postoperativem Darmverschluß.

Die Therapie hat die Aufgabe, die vorhandene Veren
des Darmrohres zu beseitigen. Die möglichen Wege zur Erre
dieses Zieles sind folgende:

1) Lösung der Adhäsionen, Annähung des herabgesunkenen Colon transversum (Kolopexie).

2) Resektion der spitzwinklig geknickten und fixierten Flexura coli sinistra.

3) a. Kolo-Kolostomie (Colon transversum und Colon descendens).
   b. Kolo-Sigmoideostomie.
   c. Unter besonderen Umständen Ileo-Sigmoideostomie.

4) Anus praeternaturalis.
   a. Entweder als bleibender Kunstafter in gewissen Fällen, in denen entweder lokale Verhältnisse oder das Allgemeinbefinden einen größeren Eingriff verbieten.
   b. Als temporärer Kunstafter zur Entlastung des geblähten und gestauten Darmes, mit der Absicht späterer Radikalkur des Leidens.

Von diesen zahlreichen Behandlungsmethoden haben jedoch nur einige wiederkehrenden praktischen Wert. Die Adhäsionslösung ist gewiß, da sie normale Verhältnisse herzustellen bestrebt ist, das idealste Verfahren, die Gefahr der Wiederbildung jedoch groß und kaum zu umgehen. Die Resektion ist ein bedeutender und keinswegs leichter Eingriff und die Frage der besten Vereinigung der beiden resultierenden Enden noch offenstehend.

Einladend ist die Kolo-Kolostomie; jedoch wird sie in den meisten Fällen, in denen Adhäsionen auf weitere Strecken die Schenkel der geknickten Flexur einhüllen, wegen zu befürchtender Spannung nicht zu empfehlen sein.

Bei dem eigentümlichen, bogenförmig nach oben verlaufenden Colon transversum und genügend langer Flexura sigmoidea läßt sich in bequemster Weise die Kolo-Sigmoideostomie machen. P. hat vier Fälle nach diesem Anastomosentypus operiert (drei geheilt, einer gestorben an postoperativer Magenblutung).

Die Ileo-Sigmoideostomie wäre nur in jenen Fällen angezeigt, in denen ausgedehnte Verwachsungen auch am Colon ascendens, Flexura hepatica und Colon transv. vorhanden sind. Die Ausschaltung eines größeren Darmstückes, an dem selbst wieder verengte Stellen vorhanden sind, erscheint nicht unbedenklich.

Die Kolostomie als dauernde Etablierung eines Kunstafters dürfte wohl meist auf einen diagnostischen Irrtum zu beziehen sein: Annahme eines Karzinoms an der linken Flexur, das keines ist.

Als Notoperation zur Darmentlastung verdient die Kolostomie, temporär ausgeführt, in allen Fällen beginnender oder ausgebildeter totaler Okklusion volle Beachtung. (Selbstbericht.)



36) **Perthes** (Leipzig). Zur Pathologie und Therapie der Hirschsprung'schen Krankheit (angeborene Dilatation des Kolon).

P. demonstriert an zwei von Marchand (Leipzig) und Chiari (Prag) zur Verfügung gestellten Präparaten die für die Hirschsprung'sche Krankheit charakteristischen pathologischen Befunde: Hochgradige Erweiterung und Wandungshypertrophie des Kolon bezw. der Flexura sigmoidea, ohne daß unterhalb der erweiterten Abschnitte eine Striktur vorhanden wäre. An den vorgelegten Präparaten ist der Übergang des dilatierten Abschnittes in den nicht dilatierten ein plötzlicher und befindet sich in dem Falle Marchand's an der Grenze von Flexur und Rektum, in dem Falle Chiari's an der Grenze zwischen Colon descendens und Flexura. Die Frage nach der Ursache in dem erweiterten Darmabschnitt ist von entscheidender Bedeutung für die Therapie, vor allem für die Entscheidung der Frage, ob operatives Verfahren indiziert ist. P. findet die Ursache der Kotretention, mindestens in einem beträchtlichen Teil der Fälle, in einem unterhalb der erweiterten Partie befindlichen durch Abknickung bedingten Klappenverschluß, wobei es fraglich bleibt, ob diese Knickung als eine primäre Anomalie oder als eine Folge anderer angeborener Anomalien — abnorme Länge des Kolon?, — anzusehen ist. — Bei dem von P. beobachteten 15jährigen Knaben, bei welchem der erste Abgang von Mekonium erst am 17. Lebenstage und seitdem die Stuhlentleerung nur auf Einlauf mühsam erfolgt war, machte neben anderen Symptomen besonders die durch die Bauchdecken hindurch an der erweiterten Flexur erkennbare sehr kräftige Peristaltik, sowie die Tatsache, daß Wasser vom Anus ohne Schwierigkeit sich einspülen ließ, aber dann trotz im Anus liegenden Darmrohres stets lange Zeit zurückgehalten blieb, das Vorhandensein eines klappenartigen mechanischen Hindernisses unterhalb der Flexur wahrscheinlich. Nach Anlegung eines Anus praeternaturlis am Colon descendens und Entleerung enormer Kotmengen ließ sich das Vorhandensein eines ventilartigen Hindernisses dadurch nachweisen, daß sich Wasser ohne Schwierigkeit vom Anus zum Anus praeternaturalis am Colon descendens hindurchspülen ließ, während beim Einspülen von Wasser am Anus praeternaturalis die Flexur sich prall füllte, aber kein Tropfen aus dem im Rektum liegenden Darmrohr abfloß. Der, wie Laparotomie zeigte, durch Knickung bedingte Klappenverschluß wurde nach mehreren vergeblichen Operationen durch Resektion der Knickungsstelle beseitigt. Der seit einem halben Jahre geheilte Pat. wird vorgestellt.

Nach P. eignen sich für die operative Behandlung der Hirschsprung'schen Krankheit vor allem die Fälle, in welchen die klinische Untersuchung das Vorhandensein eines Klappenverschlusses an der Flexur wahrscheinlich macht. In solchem Falle ist zunächst die provisorische Anlegung eines Anus praeternaturalis am Colon descendens zweckmäßig; denn 1) kann dann die Hauptoperation zur

Beseitigung des Ventilverschlusses an einem gut entleerten und durch Durchspülung vorbereiteten Darme vollzogen werden, 2) hat sich vor dieser Hauptoperation der Organismus bereits an die durch die Darmentleerung bedingten eingreifenden Veränderungen — Tiefertreten des Zwerchfelles — gewöhnt und 3) ermöglicht die Anlegung des Anus praeternaturalis vermittels des genannten Durchspülungsversuches, die Existenz eines Klappenverschlusses mit Sicherheit nachzuweisen. Von den zur Beseitigung des ventilartigen Hindernisses in Betracht kommenden Methoden (Kolopexie, Enteroanastomose, Resektion der Knickungsstelle, Resektion der Flexur oder des Kolon) sind besonders die Kolopexie und, wenn diese nicht genügt, die Resektion der Knickungsstelle empfehlenswert. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Borelius (Lund): Es scheint mir fraglich, ob die Hirschsprungsche Krankheit überhaupt durch operative Eingriffe zu heilen ist; dies muß wohl auch eine offene Frage sein, solange wir über das eigentliche Wesen der Krankheit nicht mehr wissen als jetzt. Da aber die Krankheit, sich selbst überlassen oder mit inneren Mitteln, Elektrizität, Massage usw. auch noch so energisch behandelt, eine ziemlich schlimme Prognose hat, so müssen operative Heilungsversuche als unbedingt berechtigt betrachtet werden.

Ich habe vor etwa 2 Jahren einen 4jährigen Knaben operiert. Die Diagnose wurde quasi bei der Operation gemacht. Es fand sich eine kolossale Ausdehnung und Hypertrophie des Kolon, aber keine Abknickung oder ein mechanisches Hindernis anderer Art; die Ausdehnung schien auf die Flexura sigmoidea beschränkt zu sein. Ich machte dann am 10. Juni 1903 eine ausgiebige laterale Anastomose zwischen ab- und zuführender Schlinge der Flexura sigmoidea, dicht an deren Wurzel. Gleich nach der Operation besserte sich der Zustand. Nach 4 Wochen traten aber wieder Ileuserscheinungen mit Auftreibung des Bauches ein wie vor der Operation. Am 10. Juli 1903 wurde dann eine Darmresektion gemacht und die Flexura sigmoidea ganz fortgenommen. Nach dieser Operation blieb die Besserung anhaltender. Jetzt im April 1905, also beinahe 2 Jahre nach der Operation, ist der Zustand leidlich gut. Lavements mit Glyzerin oder Laxantien sind zwar immer vonnöten; das letzte Jahr hat Pat. ausnahmsweise einigemal Stuhlgang von selbst gehabt. Er ist aber seit der Operation nie bettlägerig, sein Bauch ist auch nie aufgetrieben gewesen. Insoweit ist also vorläufig eine bedeutende Besserung des Zustandes vorhanden. (Selbstbericht.)

Braun (Göttingen): Bei einem Kinde von $2^3/_4$ Jahren, schon recht elend, mit kleinem Pulse, wurde die Resektion gemacht; es starb im Kollaps. Die Autopsie zeigte noch den ganzen Bauch mit Dickdarm ausgefüllt. Will man operativ vorgehen, empfiehlt es sich, zuerst den Anus praeternaturalis anzulegen oder die Anastomose. Ein Knabe von 12 Jahren werde jetzt mit Öleinläufen behandelt und befinde sich dabei sehr gut.

Christel (Metz).

Bertelsmann (Kassel): Die Pathologie der Hirschsprung'schen Krankheit ist eine so rätselhafte, daß es wohl angebracht ist, alle Tatsachen zusammenzutragen, die möglicherweise zur Aufklärung der Grundursachen dienen könnten. B. will deshalb zwei Fälle hier vorbringen, die er in den letzten Jahren behandeln konnte.

1) 9jähriger Junge, der, soweit seine und die Erinnerung seiner Eltern reicht, an Verstopfung litt. Stuhlverhaltung 7—8 Tage lang, dann Entleerung unter heftigen Schmerzen, meistens aber nur mit Kunstmitteln. Eine Reihe von Ärzten und Kurpfuschern sind bereits zu Rate gezogen worden. Elendes Kind mit dauernd stark aufgetriebenem Bauche, über der Symphyse eine stark geschwollene Darmschlinge sicht- und fühlbar. Operation wurde von B. zuerst abgelehnt, und durch Einläufe usw. ein palliativer Erfolg erzielt. Nach einem halben Jahre kam Pat. mit so erheblicher Vermehrung der Beschwerden wieder, daß aus Indicatio vitalis operiert wurde. Es fand sich der untere Leberrand in Nabelhöhe, der Magen zwischen Nabel und Symphyse, das Colon transversum in Symphysenhöhe. Das stark aufgetriebene Colon transversum war gegen das Colon descendens so abgeknickt, daß hier eine Art Klappenmechanismus vorhanden zu sein schien. Fixation der Leber an Zwerchfell und Rippenbogen, Verkürzung des Lig. hepatico-gastricum und gastro-colicum. Annähung des Colon transversum am oberen Wundwinkel, so daß der Knickungswinkel gegen das Colon descendens ausgeglichen wird. Am 2. Tage nach der Operation spontan normaler Stuhl, von da an regelmäßige Stuhlentleerung. Die Heilung hat jetzt $1^1/_4$ Jahr angedauert.

2) 4 Monate altes Kind, das schon in der ersten Lebenswoche eines Einlaufes bedurfte, später immer nur durch Nachhilfe. Allmählich Steigerung der Symptome, bis schließlich Ileus eintrat. Ein hinzugezogener Arzt erzielt durch Einlauf Stuhl, findet aber nach einigen Tagen alle Symptome verschlimmert, es ist Koterbrechen eingetreten. Deshalb Krankenhausaufnahme. B. fand ein jämmerliches vertrocknetes Kind, stark aufgetriebener Leib mit sichtbarer Peristaltik; es wird reichlich Dünndarminhalt erbrochen. Der ganze Zustand schien B. auf einem Sphinkterenkrampf zu beruhen. B. führte deshalb in den After eine Glasröhre ein, durch welche sich ganz dünner, furchtbar stinkender Kot im Strahle entleerte. Es entleerten sich schätzungsweise zwei Liter. Es ergab sich, daß am After einige kleine angeborene Angiome und einige Fissuren vorhanden waren. Durch die letzteren war der Sphinkterenkrampf veranlaßt worden. Es scheint fraglich, ob dieser Fall bei der Hirschsprung'schen Krankheit angeführt werden darf. B. möchte aber auf zwei Punkte die Aufmerksamkeit lenken.

1) Wäre das Kind gestorben, was ohne ärztliche Hilfe zweifellos geschehen wäre, so hätten wir auf dem Sektionstische einen Fall von Mastdarmdilatation und Ileus ohne rechten Grund gehabt. Denn vom Sphinkterenkrampf wäre nichts mehr zu sehen gewesen; die minimalen Fissuren hätte man kaum verantwortlich machen dürfen.



2) Es erscheint sehr wohl möglich, daß durch einen solchen Sphinkterenkrampf, wenn er lange genug anhält — und dies kann er, wie im vorliegenden Falle sehr leicht, da die kleinen Pat. im ersten Lebensjahre sich ja nicht über Schmerzen beklagen — eine Dilatation des Mastdarmes entsteht, die nicht mehr zurückgeht, wenn später der Sphinkterenkrampf ausgeheilt oder in Erschlaffung übergegangen ist. (Selbstbericht.)

Kredel (Hannover) rät zu möglichster Zurückhaltung im Operieren. Mit ableitenden Mitteln, Beseitigung der Gasstauung wird das Leiden lange gut ertragen. So beobachte er ein Kind seit 4 Jahren. Die Operation leiste hingegen wenig. Wo sie aber nicht zu umgehen ist, warte man nicht zu lange! Er empfiehlt Faltung oder ovale Exzision.

Schlange (Hannover): Trotz hochgradiger Beschwerden können Kinder gut widerstehen. Er führte einmal die Kolostomie aus; die Beschwerden gingen zurück, die Fistel wurde geschlossen — und die Beschwerden waren wieder da. **Christel** (Metz).

Franke (Braunschweig) bemerkt, daß er schon vor 6 Jahren den Vorschlag von Kredel ausgeführt hat. Diese »Coliplicatio«, die auf die ganz erfolglose Kolostomie in einem Falle von hochgradiger Erweiterung des Colon descendens bei einem jungen Mädchen folgte, hatte gar keinen Einfluß auf die auch hier bestehende schädliche Klappenbildung, trotzdem die Stelle derselben in die »Coliplicatio« mit einbegriffen war. Die daraufhin vorgenommene Einpflanzung des an der Flexura lienalis vom Colon descendens, das liegen blieb, abgetrennten Colon transversum in das Rektum hatte leider Peritonitis infolge von Gangrän des distalen Endes des Colon transversum und den Tod der Pat. zur Folge. (Selbstbericht.)

---

37) **Heusner** (Barmen). Über die physiologische Bedeutung des großen Netzes.

Aristoteles betrachtete das große Netz als einen Schutz vor Abkühlung, Vesalius als eine Befestigung für das Querkolon, Fabricius ab Aquapendente als eine Vorratsfalte zur Erleichterung der Magenbewegungen. In neuester Zeit wurde dasselbe von verschiedenen Autoren zu einer Schutzvorrichtung erhoben, besonders von Albrecht, welcher seine Tätigkeit mit jener der Leukocyten vergleicht. Auch seine quere Lage direkt hinter den Bauchdecken, seine Fähigkeit, rasch zu verkleben, Flüssigkeiten, selbst Körnchen aufzusaugen, scheinen hierfür zu sprechen. Allein es gibt keine Organe für Ausnahmefälle, und die Funktionen der Leukocyten sind uns zu einem durchschlagenden Vergleiche selbst noch nicht genug bekannt. Das große Netz ist ursprünglich hervorgegangen aus dem hinteren Magenmesenterium, die Mesenterien aber sind Bänder zur Fixation des Darmes, und zwar zur beweglichen, sowie zur Zuführung

der Adern. Bei den embryologischen Evolutionen des Darmkanales, sehen wir die Mesenterien sich aktiv beteiligen, indem sie mit ihren freien Flächen in zwekmäßiger Weise sich verbinden oder getrennt bleiben, je nachdem es zur Fixation der betreffenden Eingeweide nützlich ist oder nicht. Mechanische Erklärungsversuche versagen hier; das Mesenterium besitzt ähnliche Kräfte, wie wir sie bei den Einfaltungen und Verklebungen des Amnios walten sehen. Auch das große Netz verhält sich wie die anderen Mesenterien, indem es auf dem Querkolon festwächst und für den Magen eine verschiebliche Befestigung bildet; es kann embryologisch als ein Haftorgan bezeichnet werden, welches namentlich für die aufrechte Haltung nötig und zweckmäßig ist. Weiteren Aufschluß liefert die Durchmusterung der Netzverhältnisse in der Säugetierreihe. Wir sehen hierbei, daß die Netzfixation hauptsächlich bei denjenigen Tieren ausgenutzt wird, welche sich durch heftige Bewegungen, schwere Eingeweide, Hinneigen zum aufrechten Gang auszeichnen. Während bei den niederen Säugetieren, namentlich den im Wasser lebenden, der Darm ohne besondere Fixationsvorrichtungen im hinteren Mesenterium hängt, ist bei Karnivoren, Nagern, Huftieren der Dickdarm durch Anschluß an das Mesoduodenum nach oben fixiert; beim Känguruh, beim Kaninchen und Pferd ist das Querkolon bereits am Netz angeschlossen. Beim Hund und der Katze ist die Netzschürze außerordentlich groß, und durch ihre Einklemmung zwischen Bauchwand und Darmknäuel, mit Hilfe des Luftdruckes, wird eine Art elastischer Fixation der Eingeweide erreicht, wie sie für diese Tiere zweckmäßig ist. Bei den Wiederkäuern ist der kolossale Magen durch eine sehr starke Netzdecke, die zu beiden Seiten des Bauches bis zum Becken hin festgewachsen ist und die Eingeweide wie ein geschlossener Sack umfängt, nach abwärts fixiert. Bei den Affen ist Kolonfixation am Netze umso stärker ausgebildet, je höher sie stehen. Bei den Antropomorphen sind die Verhältnisse ähnlich wie beim Menschen. Also auch entwicklungsgeschichtlich ist das Netz als ein Haftorgan charakterisiert, besonders für den Magen und für das Querkolon. Der frei herabhängende Netzteil mit seinen verwachsenen beiden Blättern ist beim Menschen überflüssig geworden; er ist als eine Reminiszenz an frühere Entwicklungstufen zu betrachten, als ein Rudiment, ähnlich dem Wurmfortsatze, der uns ebenfalls auf den früheren Besitz eines komplizierteren Darmkanales zurückweist.

Will man das Netz in seinem jetzigen Zustande als ein Schutzorgan auffassen, so ist hiergegen nichts einzuwenden, sofern man die zweckmäßige Fixation der Eingeweide als den ursprünglichen, und Hauptzweck gelten läßt. (Selbstbericht.)

---

38) **Sprengel** (Braunschweig). Zur Thrombose im Gebiete der mesaraischen Gefäße.

Vortr. demonstriert zur Stütze seiner 1902 ausgesprochenen Ansicht, daß man am Darm einen hämorrhagischen Infarkt und anämische Gangrän unterscheiden müsse, je nachdem Arterie oder Vene, oder Arterie und Vene verstopft sind, ein Präparat, das einer 25jährigen mit unklaren Okklusionserscheinungen eingelieferten Frau entstammt. Bei der Operation fand sich der Dünndarm und ein Teil des Colon ascendens hämorrhagisch infarziert, das Coecum dagegen matsch, grau verfärbt, schlotternd. Die Kranke ging zugrunde. Die Sektion, bei welcher sorgfältig die Mesenterialgefäße präpariert wurden, ergab einen den Stamm der A. mesent. sup. füllenden Embolus (offenbar von einem Thrombus im linken Herzen stammend), die Arterie bis in die feinsten Verzweigungen thrombosiert; die Verzweigungen der Vene völlig frei bis auf die Vena ilio-coecalis post., welche, vermutlich unter dem Einfluß einer entzündeten Drüse, thrombosiert war.

Vortr. betrachtet diesen Befund, den er bei der Operation bereits vermutungsweise vorausgesagt hatte, als beweisend für die von ihm aufgestellte Theorie. (Selbstbericht.)

---

39) **Wilms.** Behandlung und Nachbehandlung der Leberrupturen.

In dem ersten Falle handelte es sich um einen Pat., dem eine Brechstange, die er in das Rad eines rollenden Eisenbahnwagens hineinsteckte, mit voller Wucht in die Magengegend schlug.

Bei der Laparotomie fand sich eine starke Ansammlung von dunklem Blut im oberen Bauchraum. In dieser Blutmasse lag nach der Milz zu der linke Leberlappen, der durch den Schlag gegen die Wirbelsäule abgequetscht worden war. Die Blutung war nach Eröffnung der Bauchhöhle eine sehr beträchtliche und schien sich bei Nachlassen der durch die Spannung der Bauchdecken erfolgten Kompression noch zu verstärken.

Als einziges Mittel, die Blutung, die von der Rückseite der Leber, Gegend der Vena hepatica, am stärksten war, zu stillen, erschien mir die Tamponade erfolgversprechend. Die Naht war technisch und auch wegen des Zeitverlustes unmöglich. Andererseits war für die Tamponade ungünstig, daß dem Tampon nach links kein Gegenhalt geboten wurde, um eine Kompression auszuüben. Trotzdem wurde versucht, durch sehr reichliche Tamponade die ganze Region zwischen Zwerchfell, Leber, Magen und Milz auszufüllen und dann durch teilweisen Verschluß der Bauchdecken den Tampon fest gegen die Wirbelsäule zu pressen. Gegen Erwarten gelang es dadurch, der Blutung Herr zu werden. (Demonstration des abgetrennten Leberlappens). Die Heilung verlief ohne Komplikation.

24 Stunden später wurde der zweite Fall von Leberruptur eingeliefert, dessen Präparat gezeigt wird. Durch Quetschung zwischen

zwei Puffern war eine Verletzung zustande gekommen, durch die ein großer Teil des rechten Leberlappens zertrümmert war.. Auch hier ließ sich durch Tamponade die Blutung gut stillen. Die Heilung schien ohne Störung zu verlaufen bis zum 7. Tage. Pat. war sehr unruhig und unverständig. Am 7. Tage trat Fieber und Durchfall ein. Pat. ging am 12. Tage unter septischen Erscheinungen zugrunde. Das Präparat, in Kayserling konserviert, zeigt ausgedehnte Nekrosen.

Im Anschluß an diese Fälle von schwerer innerer Blutung weist W. darauf hin, daß in solchen Fällen der Wasserverlust im wesentlichen durch Kochsalzeinläufe ausgeglichen worden ist. Er erwähnt das besonders, weil er auf Grund einer ausgedehnten, jetzt 7jährigen Erfahrung der Meinung ist, daß die subkutane Infusion fast völlig durch Einläufe mit physiologischer Kochsalzlösung und die Resorption vom Mastdarm aus ersetzt werden kann. Einmal ist die Aufnahme der Flüssigkeit speziell unter dem Einfluß des Kochsalzgehaltes, wie wir durch experimentelle Erfahrungen wissen, aus dem Rektum eine enorm schnelle, zweitens vermag in dieser Form der Darreichung der Organismus die Menge, die er notwendig hat, selbst zu bestimmen, drittens ist die Therapie schmerzlos und viertens kann öfter und in kleineren Mengen die Flüssigkeit zugeführt werden (alle 4 Stunden etwa 500 g). Daß bis 2, 3 und 4 Liter vom Rektum pro Tag resorbiert worden sind, in Fällen von Blutung und bei Peritonitis, Verbrennungen usw., in denen ein großer Wasserverlust vorhanden, oder eine intensive Ausscheidung durch Drainage der Bauchhöhle usw. stattfand, ist nichts Ungewöhnliches. Auch bei Fall 1 hat Pat. bis zu 3 Liter in den ersten Tagen per rectum resorbiert. Wassereinläufe leisten nicht dasselbe wie Kochsalzeinläufe, da gewöhnlich der Wassereinlauf durch die Peristaltik zum Teil wieder ausgetrieben wird.

W. bemerkt ferner, daß auch bei allen Laparotomien (Mastdarmoperationen natürlich ausgeschlossen), bei allen schwereren Blutverlusten Kochsalzeinläufe in Leipzig in reichlichem Maße vorgenommen werden mit sehr zufriedenstellendem Resultat. Es läßt sich eine einfache Erklärung für die gute Wirkung der Einläufe aus den Untersuchungen von Romberg und Pässler erschließen, welche bekanntlich die Ursache des Kollapses nicht in einer Schwäche des Herzens fanden, sondern in einer Lähmung der Splanchnicusgebiete mit Erweiterung der Gefäße. Eine direkte Füllung dieser Gefäßgebiete und damit der Gefäße überhaupt wird durch die Kochsalzeinläufe erreicht.

(Selbstbericht.)

---

40) **Payr** und **Martina** (Graz). Experimentelle und klinische Untersuchungen über Leberresektion und Lebernaht. (Magnesiumplattennaht.)

P. hat vor mehreren Jahren schon empfohlen, **Magnesiumplatten**, durchlocht, mit Catgutfäden armiert, zur **Naht par-**



enchymatöser Organe zu verwenden. P. und M. haben jetzt die damals begonnenen Versuche wieder aufgenommen, und wird über eine größere Zahl von Tierversuchen (ca. 50) an Hunden und Kaninchen berichtet.

Das ausgezeichnete Verfahren der intrahepatischen Ligatur von Kusnetzow und Pensky, sowie dessen praktische Ausgestaltung durch Anschütz, v. Mikulicz und Kader wird vollauf gewürdigt.

Das von P. und M. angewendete Verfahren der Plattennaht kann in sehr verschiedener Art zur Ausführung kommen.

a. Resektion gestielter oder einer Stielbildung fähiger Geschwülste der Leber.

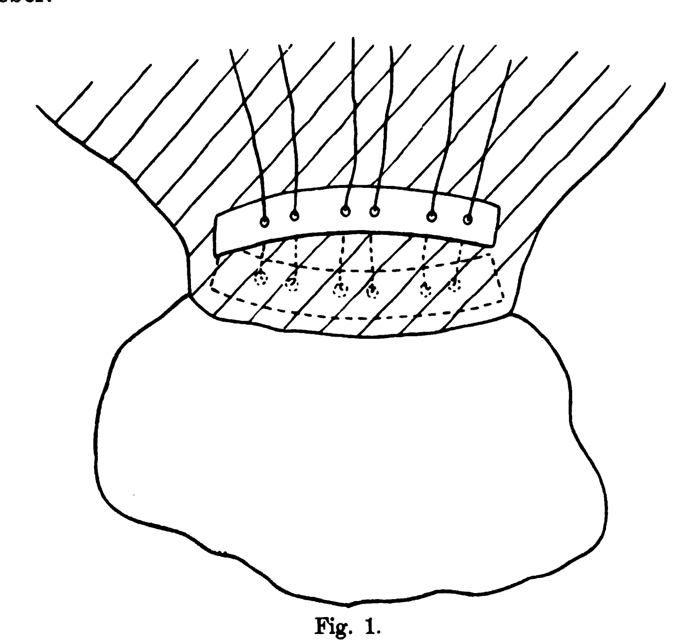


Fig. 1.

Präventive Durchlegung von Catgutfäden durch den Stiel. Sowohl auf die Konvexität, wie auf die Konkavität des Organes kommt je eine mehrfach gelochte Magnesiumplatte. Die Fäden werden durch die Löcher durchgefädelt; nun werden die Platten durch Anziehen der Fäden mäßig fest gegen die Leber angedrückt, die gekreuzten Fadenenden mit Schiebern fixiert erhalten und in langen Zügen die Resektion womöglich in Keilform ausgeführt. Es strömt nun Blut und Gewebsflüssigkeit ab, der Stiel wird dadurch etwas dünner. Erst jetzt zieht man die Fäden noch etwas fester an und knüpft sie, so daß die Plattenpaare nun gegen einandergedrückt und fixiert sind. Fig. 1 u. 2.

Die Platten sollen, wenn möglich, so angelegt sein, daß sie direkt die Wundflächen, die nach der Keilresektion zurückbleiben, gegeneinander drücken. Fig. 3.

Durch die Druckwirkung von Fäden und Platten werden alle venösen Gefäße zusammengedrückt, die arteriellen nicht immer; letztere, gewöhnlich in sehr geringer Zahl, kann man leicht gesondert unterbinden.

b. Resektion von keilförmigen Stücken aus der Leber, jedoch nicht durch die ganze Dicke des Organes gehend.

Zu beiden Seiten des Defektes wird eine gelochte Magnesiumplatte, ziemlich weit von diesem entfernt, angelegt; ein möglichst senkrecht zur Leberoberfläche eingeführter Catgutfaden drückt beim Anziehen mittels der Platten die Wundflächen zusammen. Fig. 4.

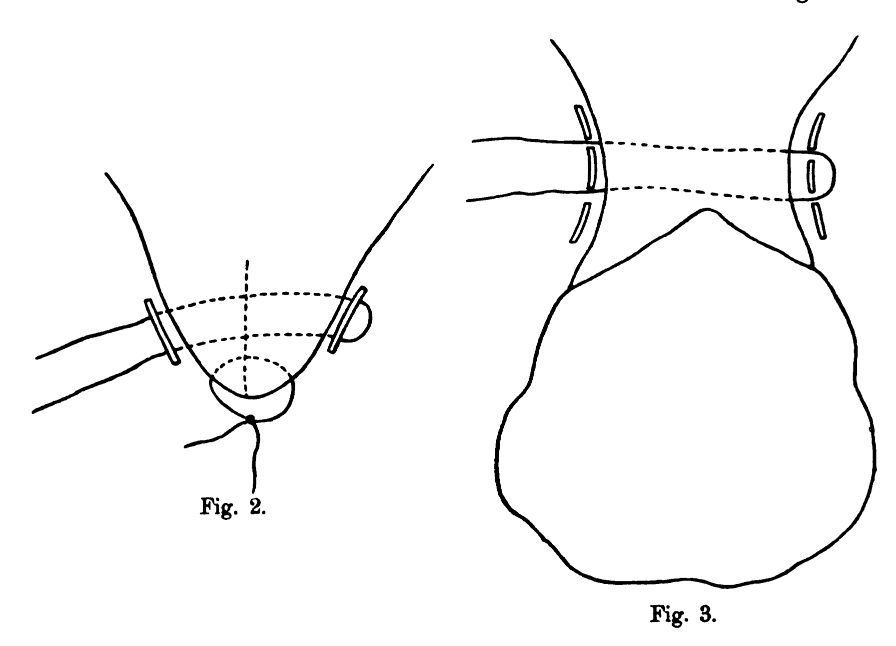


Fig. 2.

Fig. 3.

c. Resektion keilförmiger Stücke aus der ganzen Dicke des Organes.

Hier sind mehrere Möglichkeiten zu erzielen. Einmal Naht wie bei b, jedoch sowohl an der Konkavität als an der Konvexität.

Dann Anlegen zweier länglicher Platten an die Leberkante, Armierung mit Catgutfäden; beim Zusammenziehen kommen die Wundflächen in völligen Kontakt. Fig. 5.

Durch eine Art Faltenbildung bei nicht allzugroßer Dicke des Organes, sowie mit gerader Nadel durchgelegte Doppelfadenschlinge läßt sich gleichfalls befriedigende Kompression erzielen.

Endlich wird noch einer Art des Nähens mit Verwendung von vier Magnesiumplatten Erwähnung getan. Zwei liegen an der konvexen, zwei an der konkaven Seite des Organes, je zwei rechts und links von dem Defekte. Fadendurchschlingung und Knüpfung an den jeweiligen nicht korrespondierenden Platten. Z. B. konvex liegende

Platte rechts wird mit konkav liegender Platte links verknüpft, die durch das Leberparenchym führenden Fäden kreuzen sich. Durch diesen Nahttypus werden die Wundflächen fest aneinander gedrückt. (Fig. 6.)

Verschiedene Kombinationen der Fadenführung und Plattenanlegung werden durch zahlreiche Abbildungen erläutert.

Verwendet wurden hauptsächlich gerade Nadeln, ähnlich jenen Kusnetzow's; als Nahtmaterial Jodcatgut.

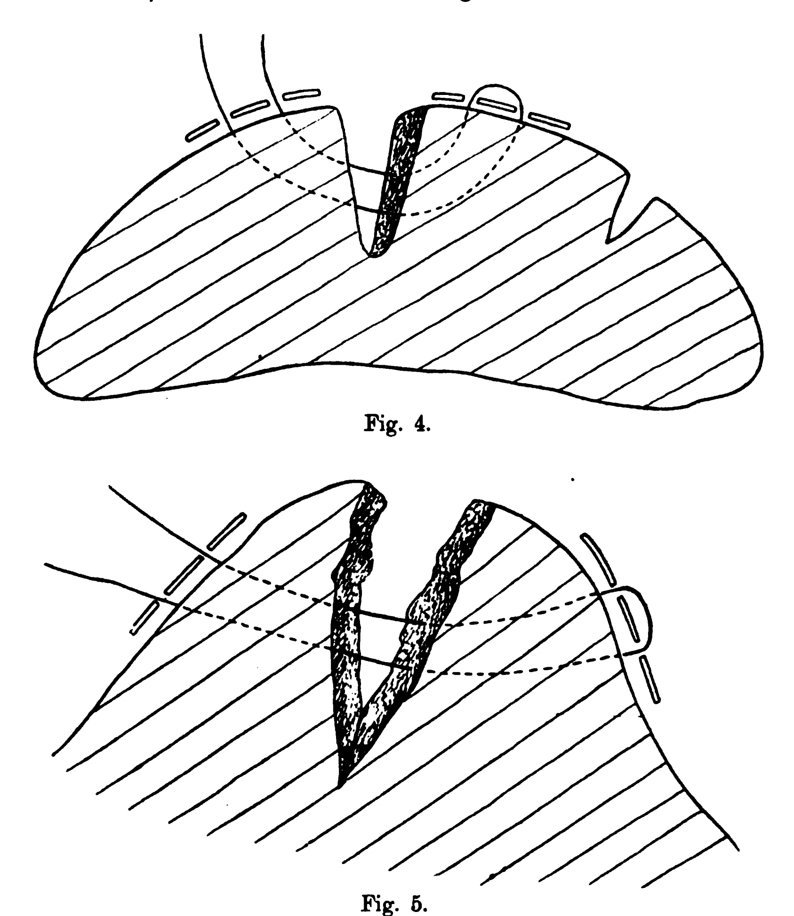


Fig. 4.

Fig. 5.

Die Magnesiumplatten lassen sich mit jeder Gartenschere beliebig schneiden, mit Kupierzangen durchlöchern, durch Einlegen in Essigsäure beliebig verdünnen (s. Fig. 7—10).

Allzufestes Zusammenschnüren der Fäden ist zu widerraten, da kleinere oder größere Drucknekrosen die Folge sein können. Zu gleicher Zeit findet man Thrombose von Lebervenen in dem zu stark gedrückten Gebiete; wahrscheinlich sind solche Drucknekrosen die Ursache ab und zu nach diesen Eingriffen auftretender Pneumonien

bei den Versuchstieren (Leberzellenembolie). Sie lassen sich jedoch, als durch einen offenkundigen Kunstfehler verursacht, leicht und sicher vermeiden.

Plattennahtverfahren sind in der Leberchirurgie nichts ganz Neues. Fischbeinstäbchen, Knochenplatten, Elfenbeinröhrchen hat man schon verwendet (Ceccherelli, Segale, Beck).

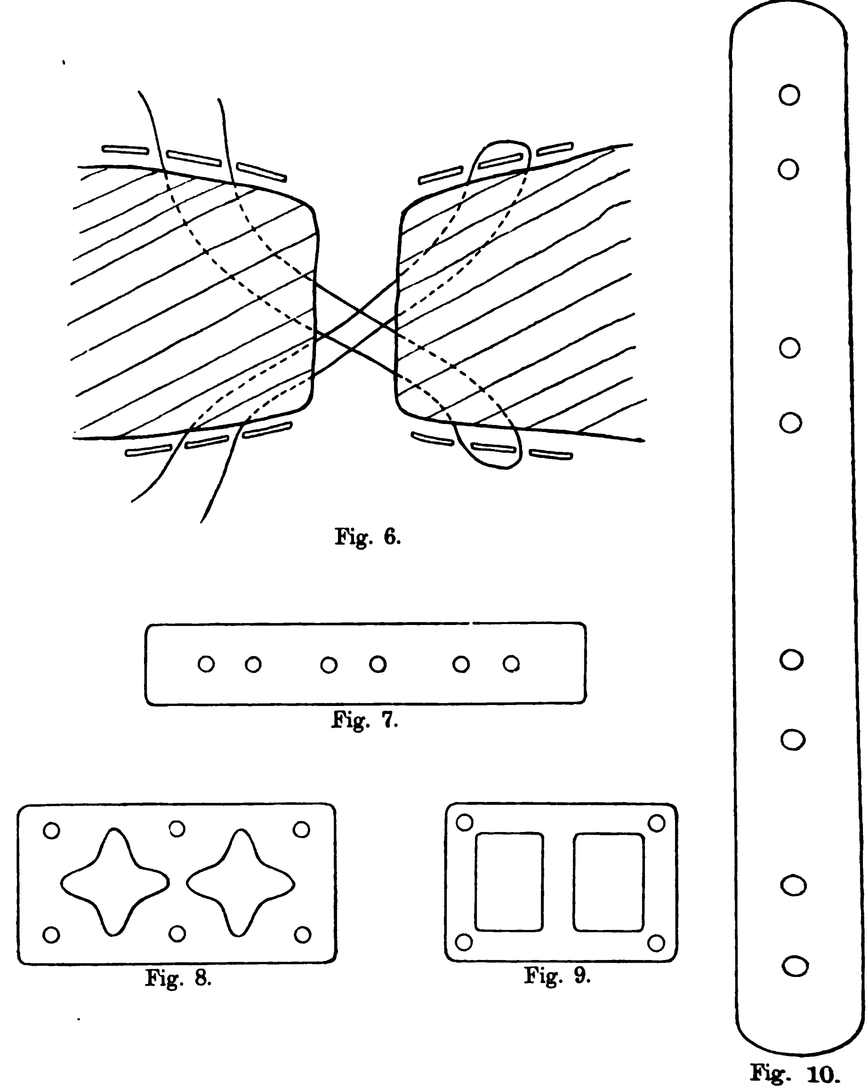


Fig. 6.

Fig. 7.

Fig. 8.

Fig. 9.

Fig. 10.

Neu ist die Art des verwendeten Materiales, sowie manches Technische in der Nahtanlegung.

Das Magnesiummetall bildet in der Bauchhöhle stets an seiner Einpflanzungsstelle eine massige bindegewebige Neubildung, die von Gascysten durchsetzt ist.

Bei der Lebernaht ist die zeitliche Reihenfolge ihrer Entstehung etwa folgende: geringe noch austretende Blutmengen gerinnen über der genähten Leber. Es bildet sich von diesem Blute sowie infolge des Fremdkörperreizes ein Fibrinniederschlag, der schon nach ca. 24 Stunden die Magnesiumplatten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle unsichtbar macht. Zu gleicher Zeit beginnt aber schon die chemische Tätigkeit des Metalles. Dasselbe hat die Eigenschaft, das Wasser des tierischen Gewebes in H und O zu zerlegen. Zuerst also wird die Fibrinschicht mit Wasserstoffblasen versehen und aufgebläht; ca. 60—72 Stunden. Die Fibrinmassen sind rötlich und bilden, wenn sie durch Gasblasen aufgebläht sind, den Anblick eines dunkelroten, halbkugligen Tumors an der Nahtstelle. Schon nach 2 weiteren Tagen, also ca. am 5. Tage, wird die Farbe an der Resektionsstelle heller, mehr grauweiß. Das Fibrin fängt an, sich in zartes, neues Bindegewebe zu verwandeln. Auch in diesem sind zahlreiche Gascysten vorhanden.

Durch diese aufblähende Wirkung des Wasserstoffgases nimmt jene, in diesem Stadium der Zuckergußleber etwas ähnlich aussehende Bindegewebsneubildung noch an Größe zu und bedeckt vollständig die genähten Leberpartien. Es bilden sich nur zuweilen mit den Nachbarorganen, wie Magen, Darm, Zwerchfell, fast immer aber mit dem großen Netz Verklebungen aus.

Etwa bis zum 14. Tage post op. nimmt jene Bindegewebsgasgeschwulst an Größe zu. Eigentümlich ist, daß manchmal Adhäsionen mit anderen Organen gänzlich fehlen, während sie in anderen Fällen vorhanden sind.

Nun beginnt allmählich die Rückbildung jenes gasgeblähten, zarten Bindegewebes. Es wird kompakter, offenbar mit der fortschreitenden Resorption des Magnesiummetalles und der dementsprechend geringer werdenden Gasbildung.

Die zu dieser Rückbildung erforderliche Zeit schwankt ungemein.

In einem Falle von 3 Wochen Beobachtungsdauer sieht man z. B. an der Leberkonvexität nur eine weiße, bindegewebige Schwiele, die der Narbe einen großen Grad von Festigkeit verleiht. Durch Bedecken der Nahtstelle mit Netz kann man Adhäsionen mit anderen Organen ganz vermeiden. Bei querer Abtragung von Leberteilen bildet sich eine viel mächtigere Bindegewebsnarbe, als bei keilförmiger Resektion. Auch histologisch sind die Heilungsverhältnisse der Leberwunden nach diesem Nahtverfahren von P. und M. studiert worden.

Die Zeit, zu der die Resorption des Magnesiummetalles vollendet ist, unterliegt ziemlich bedeutenden Schwankungen. Man findet manchmal nach 3 Wochen ziemlich große Platten zur Hälfte resorbiert, manchmal nach 5 Wochen noch ebensogut erhaltene Reste. Die Versuchstiere wurden zu verschiedenen Zeiten, die zwischen 1 und 90 Tagen von der Operation entfernt lagen, getötet.

In keinem einzigen Falle wurde das Entstehen einer Peritonitis

oder das Auftreten einer Nachblutung beobachtet; kein Versuchstier ging an Verblutung zugrunde. Das Verfahren schützt also gegen Blutung aus der Resektionsstelle in außerordentlich sicherer Weise, und leistet dabei gewiß nicht nur die unter gleichmäßigem Druck bleibende Adaptierung beliebig großer Wundflächen vorzügliches, sondern ist ein Teil des Erfolges der so rasch adhäsionsbildenden, einzig dastehenden Eigentümlichkeit des verwendeten Magnesiummetalles zuzuschreiben.

Anschütz hat eine Reihe von Bedenken gegen die von Ceccherelli, Bianchi, Segale und Beck vorgeschlagenen Verfahren geäußert; dieselben sind gewiß zum Teil berechtigt, sie betreffen insbesonders die Frage der Sicherheit der Blutstillung. Soweit sich überhaupt nach den von den Verff. angestellten Tierversuchen (es waren auch große Hunde darunter) urteilen läßt, leistet die Methode in dieser Beziehung alles wünschenswerte.

P. und M. berichten im Anschluß an ihre Tierversuche noch kurz über einen Fall von Leberresektion am Menschen unter Verwendung von Magnesiumplatten.

Es handelt sich um ein Gallenblasenkarzinom bei einer 54jährigen Frau von Hühnereigröße, bei gleichzeitigem Vorhandensein von Choledochussteinen. Dasselbe erschien zur Resektion geeignet, und wurde die krebsige Gallenblase in Form eines Keiles, die ganze Dicke der Lebersubstanz betreffend, exzidiert. Zwei 5 cm lange, 1,5 cm breite und 0,5 mm dicke Magnesiumplatten wurden zu beiden Seiten des Defektes an die Leberkonvexität gelegt und mittels Kusnetzow'scher Nadeln ein langer, dicker Jodcatgutfaden so durch die Löcher der Platten und das Lebergewebe bis nahe an die Konkavität des Organes geführt, daß beim Knüpfen der Fäden die Leberschnittflächen genau aneinander zu liegen kamen und die Blutung in exakter Weise gestillt wurde.

3 Tage nach der Operation starb die Kranke bei bis dahin vollkommen befriedigendem Allgemeinbefinden plötzlich unter den Erscheinungen einer Kreislaufstörung der Koronararterien des Herzens.

Das Verfahren der Magnesiumplattennaht eignet sich auch für andere parenchymatöse Organe (Milz). (Selbstbericht.)

---

41) **Thöle** (Danzig). Traumatische Leberwunden und die Operation von Lebergeschwülsten mit partieller Leberresektion.

T. spricht an der Hand von 10 tabellarisch-statistischen Tafeln über die operative Behandlung von traumatischen Leberwunden und die Operation von Lebergeschwülsten mit partieller Leberresektion. Ihm stehen 399 operativ behandelte Leberwunden und 148 Leberresektionen zur Verfügung.

Erst durch die zum Zweck der Blutstillung vorgenommene Laparotomie ist die Mortalität der Leberverletzungen gesunken, von 66,8%

bei exspektativer Behandlung auf 39,8%. Von Pat. mit offenen Leberverletzungen gehen mehr durch Infektion, besonders durch Peritonitis zugrunde, von solchen mit Rupturen aber starben mehr an Verblutung aus dem Leberriß selbst. Insgesamt starben mehr an Verblutung als an Infektion (71 : 59). Der Wert der Frühoperation wird statistisch nachgewiesen, ebenso das Sinken der Mortalität mit den Jahren, je allgemeiner die Frühoperation Geltung gewann. Die Prognose der Rupturen aber ist immer noch schlecht, weil die Frühdiagnose unsicher ist, und zu spät operiert wird.

Übergehend zu den Geschwulstoperationen wird zunächst die Schwierigkeit der Diagnostik betont, die große Zahl der Fehldiagnosen. Besonders erwähnt wird: 1) Die Häufigkeit einer tympanitischen Zwischenzone zwischen Tumor- und Leberdämpfung. 2) Die Unsicherheit der Magensaftuntersuchung, indem auch bei den verschiedensten Lebergeschwülsten Fehlen freier Salzsäure und Vorhandensein von Milchsäure konstatiert wurde. 3) Die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Leber- und Nierentumor, die oft nur mit Ureterensondierung und Kryoskopie zu stellen ist.

148 Leberresektionen weisen eine absolute Mortalität von 16,8%, eine relative von nur 6,08% auf. An Nachblutung gingen sicher nur zwei Operierte zugrunde.

Als beste Methode der Blutstillung werden intrahepatische, fest geschnürte, **das Parenchym bis auf die Gefäße durchschneidende** Massenligaturen empfohlen, welche zugleich präventive Blutleere und definitive Blutstillung besorgen. Vortr. benutzt zur Naht silberne Öhrsonden mit federndem stählernem Öhr und hat eine einfache neue Methode der Nahtlagerung in zahlreichen Tierexperimenten erprobt. Die Resektion verläuft unblutiger und einfacher, als wenn man nach Resektion unter präventiver Blutleere (Dahlgren's Aortenkompressorium wird empfohlen und demonstriert) die Gefäße isoliert unterbindet. Thermische Methoden und Tamponade vermögen nur parenchymatöse Blutung sicher zu stillen. Elastische Ligatur und Dauerkompressorien sind für Leberoperationen durchaus ungeeignet.

Die Massenligaturen werden, wenn möglich, in winklig geknickter Ebene angelegt, so daß die Resektion keilförmig gemacht und der Defekt durch Adaption der Wundflächen und tief durchgreifende dicke Catgutnähte geschlossen werden kann. (Auch zur Lebernaht ist die biegsame Öhrsonde sehr geeignet.) Dann wird die Leber versenkt und der Bauch geschlossen. Intraperitoneale Stumpfbehandlung ist der extraperitonealen vorzuziehen (90 : 41 Fälle).

Zum Schluß werden die Indikationen zur Leberresektion kurz besprochen: Da nur primäre und solitäre Tumoren zu resezieren sind, von den gutartigen nur eine beschränkte Zahl die Resektion verlangt, die bösartigen selten primär und ohne Metastasen vorkommen, wird eine Leberresektion immer zu den seltenen Operationen gehören. Betreffs Einzelheiten und Begründung der aufgestellten Behauptungen

wird auf ein demnächst in der Bibliothek v. Coler-Schjerning erscheinendes größeres Werk des Vortr. hingewiesen.

(Selbstbericht.)

---

42) **H. Haberer** (Wien). Experimentelle Unterbindung der Arteria hepatica.

Die noch immer geteilten Meinungen über die Gefährlichkeit bezw. Ungefährlichkeit der Unterbindung der Arteria hepatica beim Menschen veranlaßten die folgenden, in der v. Eiselsberg'schen Klinik in Wien ausgeführten Tierexperimente. Es wurde bei Hunden und Katzen, im ganzen bei 45 Versuchstieren, die Arteria hepatica in ihren einzelnen Etappen unterbunden, nachdem zuvor festgestellt war, daß bei den genannten Versuchstieren die anatomischen Verhältnisse im wesentlichen denen beim Menschen analog sind. Die Unterbindung der Arteria hepatica communis wird von den Tieren vertragen, bezw. hat keine gröberen Veränderungen der Leber im Gefolge, da sich durch die Arteria gastroduodenalis und die Arteria gastrica dextra ein Kollateralkreislauf einrichtet. Desgleichen kann man die Arteria hepatica propria vor Abgabe der Arteria gastrica dextra ohne Schaden für die Leber unterbinden, weil die Arteria gastrica dextra dann noch immer den Kollateralkreislauf unterhält. Die Unterbindung der Arteria hepatica propria nach Abgabe der Arteria gastrica dextra, oder was auf das gleiche hinauskommt, die Unterbindung der Endäste der Arteria hepatica propria in der Leberpforte schaltet auch nicht in allen Fällen die Arterie vollkommen aus, weil infolge vielfacher anatomischer Varietäten oft genug noch arterielle Äste, selbst mit Umgehung des Lig. hepatoduodenale, in die Leberpforte eintreten. Wo solche — ich möchte sagen — überzählige Äste nicht vorhanden sind, ist aber die Leberarterie durch Unterbindung nach Abgabe der Arteria gastrica dextra vollkommen ausgeschaltet, d. h. es tritt dann kein arterieller Ast mehr durch die Pforte zur Leber. In solchen Fällen gibt es nun häufig mehr oder minder ausgedehnte Nekrosen in der Leber. In vielen Fällen bleiben aber auch dabei Nekrosen aus, und die Leber unterscheidet sich dann in keiner Weise von einer normalen.

In der überwiegenden Mehrzahl solcher Fälle waren die Artt. phrenicae weiter als normal und konnten durch das Lig. coronarium bis in die Glisson'sche Kapsel verfolgt werden. Man muß annehmen, daß diese normalerweise recht kleinen Arterien einen Kollateralkreislauf besorgen können. Die radikalste Ausschaltung des extrahepatischen Teiles der Arteria hepatica wurde durch gleichzeitige Unterbindung der Arteria hepatica communis und der Arteria hepatica propria nach Abgabe der Arteria gastrica dextra erzielt. Die Resultate dieser Reihe decken sich im ganzen mit denen der eben besprochenen Reihe. Die Unterbindung eines einzelnen Astes der Arteria hepatica propria, also entweder des für den linken oder des für den rechten

Leberlappen bestimmten, schadet der Leber nicht, wie übrigens nach den übrigen Versuchsreihen auch erwartet werden konnte. Diese Versuchsergebnisse stützen sich vor allem auf die in jedem Falle schließlich ausgeführte sorgfältige Arterieninjektion nach Teichmann, wodurch 1) für jeden Fall genau entschieden werden konnte, was dabei unterbunden wurde und 2) festgestellt werden konnte, ob und in welcher Weise sich ein Kollateralkreislauf ausgebildet hatte. Aus diesen Versuchen wird für den Menschen der Schluß abgeleitet, daß die Unterbindung einzelner Äste der Arteria hepatica wohl ohne Schaden für die Leber ausführbar sei, daß die Unterbindung des Stammes nach Abgabe des letzten kollateralen Astes, d. h. der Arteria gastrica dextra, im Falle, daß es sich um eine, z. B. durch Aneurysma erkrankte Leberarterie handelt, ebenfalls ausgeführt werden dürfe, weil man in einem solchen Falle damit rechnen darf, daß bereits ein Kollateralkreislauf in Ausbildung sei. Die Unterbindung einer gesunden Arterie an genannter Stelle bei Menschen muß als zu gefährlich verworfen werden, weil der Kollateralkreislauf dabei ausbleiben und Lebernekrose die Folge sein kann.

Bei in einer größeren Versuchsreihe ausgeführten, ausgedehnten Leberresektionen hat sich die präliminäre Unterbindung des betreffenden zuführenden Leberarterienastes als ausgezeichnetes Blutsparungsmittel erwiesen. Bei gleichzeitiger Umstechung der sichtbaren, in den Resektionsbezirk fallenden Pfortaderäste konnte nahezu blutleer operiert werden. Ob das gleiche operative Vorgehen beim Menschen technisch leicht ausführbar ist, bleibt dahingestellt, wäre aber, wenn möglich, zu empfehlen. (Selbstbericht.)

Harnorgane und ihre Anhänge.

43) **Kümmell** (Hamburg). Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie.

Da die totale Entfernung der Prostata in Deutschland noch nicht die Anerkennung gefunden hat, wie bei den Chirurgen Amerikas, Englands und Frankreichs, glaubt Vortr. durch Mitteilung der von ihm operierten Fälle auf die Bedeutung dieses Operationsverfahrens hinweisen zu müssen.

K. hat im Laufe der Jahre die verschiedensten Operationsmethoden, welche zur Beseitigung der mit der Prostatahypertrophie verbundenen Beschwerden angegeben waren, ausgeführt und berichtet über die bei diesen 114 Prostataoperationen gemachten Erfahrungen.

Von 1886—1890 hat er in 9 Fällen nach vorheriger Sectio alta den in die Blase hineinragenden Mittellappen entfernt und 8 Heilungen mit spontaner Urinentleerung und einen Todesfall zu verzeichnen.

Die Bottini'sche Operation wurde 51mal ausgeführt; davon starben 2 im Anschluß an die Operation, 9 nach Wochen und Monaten, nachdem 7 von diesen letzten den Urin spontan entleert hatten. 5 Fälle wurden ohne Erfolg operiert. In einem Falle wurde die Operation nach 3 Jahren zum zweitenmal erfolgreich an demselben Pat. ausgeführt.

Die Kastration wurde 26mal, mit 2 Todesfällen, ausgeführt. Der Erfolg blieb nur in 2 Fällen aus, 2 wurden gebessert. Unter den Operierten waren Männer von 81 und 84 Jahren. In den entfernten Hoden wurden stets lebende Spermatozoen gefunden.

Die Resektion des Vas deferens wurde 7mal mit 3 Erfolgen und 4 Mißerfolgen ausgeführt.

Die totale Entfernung der Prostata wurde in 19 Fällen ausgeführt, in 15 Fällen wegen gutartiger Hypertrophie der Prostata und 4mal wegen Karzinom.

10mal wurde die perineale, 9mal die suprapubische Operation angewandt. Im Anschluß an die Operation starben 4 Pat., 2 an Hypertrophie, 2 an Karzinom leidende an Lungenembolie, Pneumonie und Sepsis. 2 wegen Prostatakarzinom Operierte starbe nach 4 und 7 Monaten. 1 Pat., bei welchem das Prostatakarzinom entfernt war, entleerte bei gutem Allgemeinbefinden den Urin ohne alle Beschwerden in normaler Weise spontan und starb 1 Jahr p. op. an Rezidiv und Metastasen in der Wirbelsäule.

K. hat die Prostatektomie nur bei länger bestehender, nicht zu beseitigender Retentio urinae ausgeführt. Die Entfernung der Prostata gelingt leicht, wenn es sich nicht um Karzinom handelt, und in richtiger Weise die Kapsel durchtrennt ist. Der Eingriff ist natürlich bei dem meist elenden Zustande der Pat. ein nicht leichter, dafür aber der Erfolg, was die Urinentleerung anbetrifft, ein guter, wenn Pat. die Operation übersteht. Bei allen von K. Operierten, welche geheilt wurden, war die Urinentleerung eine vollkommen spontane ohne jede Beschwerde, Residualharn gar nicht oder nur in geringer Menge vorhanden.

Als Kontraindikation sieht K. niemals zu hohes Alter an, wenn sonst Pat. ein gutes Allgemeinbefinden hat. Ausgedehnte Bronchitis, schwere Herzaffektionen, Lähmung des Detrusor und vor allem doppelseitige Nierenaffektion mit Insuffizienz, welche durch die Kryoskopie mit Sicherheit festzustellen ist, bilden Kontraindikationen gegen die Prostatektomie. Bei diesen Pat. führt K. die Bottini'sche Operation aus. Der suprapubischen Operation gibt K. den Vorzug. Im allgemeinen hat er auf perinealem Wege die Fälle operiert, bei denen die Prostata stark in das Rektum prominierte; bei stärkerem Hineinragen der Drüse in das Blaseninnere wird die Sectio alta ausgeführt. Cystoskopie ist vor der Operation anzuwenden. (Selbstbericht.)

44) **Czerny** (Heidelberg). Über Prostatektomie.

Die Prostatektomie hat in Deutschland noch nicht die Anerkennung gefunden, welche sie verdient, obgleich sie auf die anatomischen Arbeiten von Dittel und Zuckerkandl begründet ist und sicher nicht sobald in Vergessenheit geraten wird, wie es mit den sexuellen Operationen der Fall zu sein scheint.

Wenn bei Prostatikern Schwierigkeiten bei der Einführung des Katheters eintreten, wenn Schmerzen, Steinbildung oder Cystitis das Leiden unerträglich machen, ist heutzutage zweifellos die Prostatektomie indiziert. Mit der besseren Ausbildung ihrer Methode wird aber voraussichtlich schon die Notwendigkeit, regelmäßig den Katheter anzuwenden, allein hinreichen, um die Frage der operativen Entfernung der hypertrophischen Prostata in Erwägung zu ziehen. Wie die Verhältnisse heute liegen, kann dann bloß die Frage entstehen, ob die Bottini'sche Operation der Prostatektomie vorzuziehen sei? Die Bottini'sche Operation ist nach meiner Überzeugung bloß bei relativ kleiner Prostata mit ausgeprägter Prostataklappe, die man cystoskopisch nachweisen kann, indiziert. Sie heilt in geschickten Händen etwa ein Drittel der Kranken und bessert vielleicht noch ein zweites Drittel. Sie hinterläßt keine Fisteln und stört die Potenz lange nicht in dem Maße wie die Prostatektomie. Letztere hat vielleicht eine etwas größere Mortalität, sichert aber die Urinentleerung besser. Ob die perineale oder die transvesikale Prostatektomie (nach der Methode von Freyer) vorzuziehen ist, läßt sich heute noch nicht bestimmt sagen. Wahrscheinlich werden beide Methoden ihre bestimmten Indikationen bekommen. Die perineale Methode sichert besser die Drainage der Blase und ist bei bestehender Cystitis deshalb vorzuziehen. Sie hinterläßt aber leichter Fisteln und stört die Potenz mehr wie die transvesikale Methode. Die Mortalität scheint bei der transvesikalen Methode etwas größer zu sein (7 gegen 10%).

In der Heidelberger chirurgischen Klinik kamen nach der Zusammenstellung des Herrn Dr. Lewisohn von 1897—1904 143 Fälle von Prostataaffektionen in Behandlung, davon 18 maligne Neubildungen. Die gutartigen wurden 72mal konservativ, 31mal mit Bottini (davon 10 Heilungen, 6 Besserungen, 13 ohne Erfolg, 2 gestorben), je 1mal Kastration und Resektion des Vas deferens ohne Erfolg, 1mal die Punctio suprapubica, 5mal Prostatektomie durch die Sectio alta (3 Heilungen, 1 Besserung, 1 gestorben), 13mal durch die perineale Prostatektomie behandelt.

Bei den malignen Neubildungen der Prostata wurde 15mal auf die radikale Operation verzichtet, 1mal durch Sectio alta (gestorben), 2mal durch das Perineum die Exstirpation versucht (davon 1 gestorben). Im Jahre 1905 wurden 4 Hypertrophien der Prostata mittels Rückenmarksanästhesie durch Stovain behandelt.

Von den 19 perinealen Prostatektomien sind 2 gestorben (1 malignes Adenoma an Pyelonephritis und eine gutartige Hypertrophie am Abend der Operation durch Chok!).

Bei 6 trat vollständige Heilung, bei 7 Besserung ein, insofern als wohl spontan Urinentleerung ohne Schmerzen möglich ist, daß aber entweder leichte Inkontinenz oder Fisteln (4) bestehen. Die neuen Fälle versprechen gute Heilung sind aber noch zu kurz beobachtet.

(Selbstbericht.)

45) **Lexer** (Berlin). Radikaloperation eines Prostatakarzinoms.

Die vollständige Resektion eines fast faustgroßen karzinomatösen Prostatatumors samt dem entsprechenden Abschnitte der Blase und Harnröhre hat L. im Juni 1904 an einem 58jährigen Mann ausgeführt, freilich nicht mit dem Erfolg einer dauernden Heilung; denn es sind jetzt (nach 10 Monaten) Lymphdrüsenmetastasen aufgetreten. Trotzdem bietet die Ausführung der seltenen Operation einiges Interesse. Von einem bogenförmigen Schnitt aus, der den vorderen Umfang des Anus umfaßte, wurden zuerst das Rektum von dem Tumor und die seitlichen Verbindungen der Prostata gelöst, wobei die sehr erhebliche venöse Blutung durch feste Tamponade gestillt wurde. Darauf wurde an der Symphyse ein großer Lappen gebildet, indem ein horizontaler, dicht oberhalb der Peniswurzel laufender Schnitt beiderseits an dem äußeren Rektusrand etwa handbreit nach oben verlängert wurde. Mit diesem Lappen der Bauchwand blieb die ganze Symphyse im Zusammenhange, nachdem sie in etwas größerer Ausdehnung freigelegt und reseziert worden war, als dies Manz vorgeschlagen hatte. Dabei wurden die oberen und unteren Schambeinäste nach Lösung der Muskelansätze mit der Drahtsäge durchtrennt. Die Blutung aus der Umgebung des Tumors war nach dem Aufklappen des Weichteil-Knochenlappens sehr stark, aber nach ihrer Stillung die Übersichtlichkeit groß. Nachdem ein Längsschnitt durch die vordere Blasenwand die Ausdehnung des Tumors gezeigt hatte, und die Ureterenmündungen mit Sonden deutlich gemacht waren, wurde die Blase dicht unterhalb von ihnen quer durchschnitten und der Tumor aus seiner Umgebung gelöst, was infolge der perinealen Voroperation sehr leicht gelang. Schließlich wurde noch der Stiel des Tumors, nämlich die Harnröhre, in gehöriger Entfernung vom Karzinom durchtrennt. Als die seitlichen Gegenden nach Drüsen abgesucht waren, wurde sodann die Blasenwunde bis auf den untersten Winkel geschlossen. Die Vereinigung des letzteren mit der Harnröhre gelang erst nach Lockerung und Dehnung der Urethra. Der neugeschaffene Blasenhals war durch die erlittene Verkürzung soweit nach vorn verschoben, daß es unmöglich wurde die Symphyse an der alten Stelle wieder zu befestigen. Der Knochen hätte gerade die Nahtstelle gedrückt und gefährdet. Deshalb wurde auf die Knochennaht verzichtet und die Symphyse nur locker in die Lücke gelegt, nachdem die Tiefe der Wunde tamponiert worden war.

Im weiteren Verlaufe bildete sich die zu erwartende Harnfistel nicht, wie gehofft wurde, in der Dammwunde, sondern vorn, so daß sich später einige Sequester von der Symphyse abstießen. Die Fistel hat sich seit 4 Monaten vollkommen geschlossen, der Kranke ist zeitweise imstande, bis zu 3 Stunden seinen Urin zu halten; die Symphyse liegt locker in der Lücke des Beckenringes, von dessen Unterbrechung keinerlei Beschwerden zurückgeblieben sind. Ein örtliches Rezidiv ist nicht aufgetreten, wohl aber entwickelten sich in der letzten Zeit die erwähnten Lymphdrüsenmetastasen oberhalb und unterhalb des Leistenbandes. (Demonstration des Pat.) (Selbstbericht.)

Diskussion.

Preindlsberger (Sarajewo) berichtet über sechs Fälle von perinealer Prostatektomie und demonstriert die Präparate. In allen Fällen handelte es sich um zum Teil jahrelange konservative Behandlung, zum Teil um Undurchführbarkeit des Katheterismus, in allen Fällen um bereits infizierte Blasen. In allen Fällen wurde mit vollem Erfolge und ohne Folgen die Rückenmarksanästhesie durchgeführt.

Die beiden ersten Fälle verliefen ungünstig; in drei Fällen hatte P. einen vollen Erfolg, und bei dem letzten Fall ist die Wundheilung 4 Wochen post operationem noch nicht abgeschlossen, der Pat. ist aber bereits außer Bett und geht herum.

Der erste Fall betraf einen 65jährigen Bauer; es gelang wegen hochgradiger Zerreißlichkeit des Parenchyms nur eine partielle, ungenügende Exstirpation; der Pat. erlag einer Pyelitis bei gleichzeitiger Stenose und Insuffizienz der Aorta am 15. Tage nach der Operation.

Im zweiten Falle, 70jähriger Bauer, gelang die Exstirpation (Präparat); der Pat. erlag einem fortschreitenden Marasmus und chronischer Tuberkulose am 3. Tage post operationem.

Im dritten Falle, 63jähriger Bauer, gelang die Exstirpation mit Morcellement, wobei auch der scharfe Löffel zu Hilfe genommen werden mußte.

Am 1. Tage 39,5°; nach 4 Wochen Wunde bis auf eine kleine Fistel verheilt. Am 39. Tage geheilt entlassen: kontinent, kein Residualharn, noch mäßige Cystitis (Präparat).

Im vierten Falle, 72jähriger Rentner, 1 Jahr lang konservativ behandelt. Exstirpation in zwei Stücken (Präparat). Am 29. Tage Wunde trocken; am 32. Tage geheilt entlassen mit einer kleinen Fistel, die sich nach Abstoßung einer Ligatur schloß. Pat. kontinent, kein Residualharn, keine cystitischen Beschwerden.

Im fünften Falle, 79jähriger Hilfsbeamter, über 1 Jahr konservative Behandlung, wiederholte Spitalsaufnahme. Schwierige Exstirpation einer gut orangengroßen Prostata in zahlreichen Stücken (Präparat). Am 30. Tage Wunde trocken, am 38. Tage entlassen. Pat. kontinent, kein Residualharn, mäßige Cystitis.

Im sechsten Falle, 68jähriger Bauer, komplette Retention seit 2 Tagen, einige urämische Erscheinungen. Schwierige Exstirpation einer fast faustgroßen Prostata in zahlreichen Stücken (Präparat). 4 Wochen post operationem Wundheilung noch nicht abgeschlossen, Dauerkatheter konnte nicht regelmäßig angewendet werden, da eine enge Striktur des Orif. externum dessen Spaltung erfordert hatte. Pat. am 8. Tage p. op. aufgestanden und geht seitdem herum.

(Selbstbericht.)

Israel (Berlin): Nach den bisherigen günstigen Resultaten der Prostatektomie ist ihr die Zukunft gesichert. I. hält die suprapubische Methode für leichter und im Gegensatze zu Kümmell die Blasennaht für gefährlich, da der Dauerkatheter die tiefe Tasche des Prostatabettes nicht drainiere. Nur die Einlegung eines Drains durch Sectio mediana p. op. gestatte die Blase zu schließen. Im allgemeinen wird die Wahl des Weges — ob perineal oder suprapubisch — Geschmackssache bleiben.

Nicolich (Triest) verfügt über 31 Prostatektomien, von denen 12 perineal ausgeführt wurden, 19 suprapubisch. Er operiert nie nach akuter Retention, daher stets ohne Naht; unter seinen Geheilten befindet sich ein 83jähriger Mann mit 10jähriger Retention. Von seinen perineal Prostatektomierten hat er 2 verloren. Die Operation läßt sich ziemlich schnell ausführen, nicht einmal mit viel Blutverlust, und heilt in 17 Tagen bis 3 Wochen.

Freudenberg (Berlin) wünscht der Prostatektomie größere Beachtung, ohne daß man die Bottini'sche Operation vernachlässige. Die Indikationen lassen sich nicht nach Alter, Härte, Potenz usw. allein entscheiden, sondern andere Momente spielen mit.

Für die Bottini'sche Operation sprechen: 1) Die Pat. entschließen sich leichter, weshalb noch bei aseptischer Blase operiert werden kann. 2) Der Eingriff ist geringer. 3) Die Potenz bleibt erhalten. 4) Inkontinenz fehlt fast ganz, und 5) kommt es nicht zu Fistelbildung. Die Prostatektomie sei schließlich chirurgischer und radikaler; doch blieben Rückfälle nicht aus, und Narbenverziehungen würden beobachtet.

Küster (Marburg) hat nach 1889 etwa sechs Fälle von Hypertrophie mit partieller Ektomie behandelt und erzielte gute Leistungsfähigkeit; er ist später wohl davon abgekommen, fragt sich jedoch, ob die partielle Prostatektomie nicht auch jetzt noch ihre Indikationen habe? Sie schone die Harnröhre, und es blieben auch bei totaler Stücke zurück.

Riedel (Jena) versucht schon seit längerer Zeit mit partieller Exstirpation auszukommen, da er nach totaler Schlußunfähigkeiten fürchtet; man müsse doch die Retention bekämpfen und die Kontinenz erhalten. R. hülst mit dem scharfen Löffel aus, mit Vermeidung der Harnröhre; immerhin ist es schwer, sie nicht zu verletzen. Man ist

erstaunt über die Massen, die der Löffel herausbefördert. Doch ist auch dieser Eingriff nicht ungefährlich, und R. hat einen Todesfall erlebt.

Kock (Kopenhagen) fand, daß die partielle Exzision große Nachteile habe; er habe sie einmal gemacht; der Mann verlor seine Potenz und bekam einen Rückfall. K. rät, bei Prostatakarzinom als Palliativoperation die Resektion der Vasa deferentia auszuführen, was dekongestionierend wirke.

Frank (Berlin) hat nach Bottinioperation öfter beobachtet, daß die Lappen nach Ausheilung des Spaltes sich dachziegelförmig übereinander legen und natürlich wieder ein Hindernis abgeben. Deshalb hält er die transvesikale Methode für die der Zukunft.

Kümmell (Schlußwort) teilt die Besorgnisse von Israel nicht; er hat Pat. schon am folgenden Tage nach hohem Blasenschnitt außer Bett gebracht. Bei partiellen seien Überraschungen durch Zurückbleiben des Mittellappens zu befürchten, und die Harnröhre werde doch verletzt. Strikturen freilich beobachte man auch nach totalen Prostatektomien.

Christel (Metz).

---

46) **Rehn** (Frankfurt a. M.). Über Harnblasengeschwülste bei Anilinarbeitern.

Im vorigen Jahre erlaubte ich mir, Ihnen kurz über 23 Fälle jener Blasengeschwülste zu berichten, welche bei Farbarbeitern in Anilinfabriken beobachtet wurden. Ich konnte Ihnen in Aussicht stellen, daß ich dieses Jahr die Resultate einer Sammelforschung aus deutschen Fabriken zu ihrer Kenntnis bringen würde.

Leider ist diese Aussicht zu Wasser geworden. In letzter Stunde wurde mir mitgeteilt, daß die Sammelforschung noch nicht abgeschlossen sei. Wir müssen also abwarten, was das nächste Jahr bringt.

Inzwischen möchte ich nicht verfehlen, nochmals eindringlich auf diese Erkrankungen aufmerksam zu machen. Sie verdienen unsere höchste Teilnahme.

Als kleinen Ersatz gebe ich einen weiteren Beitrag in Gestalt eines Präparates, welches ich Herrn Dr. Albrecht verdanke. Mit gütiger Erlaubnis des Herrn Vorsitzenden möchte ich über den Sektionsbefund berichten, wie er sich als erster bei dieser Erkrankung herausgestellt hat.

Es war sehr gerechtfertigt, daß Herr Küster im vorigen Jahre die Frage stellte, wie sich die Nieren dieser Pat. verhielten. Ich mußte antworten, daß mir bisher nichts von einer Nierenerkrankung, bezw. Geschwulstbildung in der Niere bekannt geworden sei. Allerdings, fügte ich hinzu, Sektionen seien bisher noch nicht gemacht. Der erste Sektionsbefund brachte eine Überraschung.

Ich gebe kurz die Krankengeschichte:

Im Juli kam ein weiterer Pat. aus einer Anilinfabrik in unsere Behandlung. Er stand im Alter von 50 Jahren, klagte seit März über Harnbeschwerden, Schmerzen bei Entleerung des Urins, dünnen Strahl. Seit 7 Wochen öftere Blutungen! 18 Jahre lang war der Pat. in einem Anilinraum beschäftigt gewesen. Die cystokopische Untersuchung ergibt eine blumenkohlartig von dem Blaseninnern sich abhebende Geschwulst, von deren unterem Pol eine mäßige Blutung ausgeht. Sie sitzt in der Gegend des rechten Harnleiters.

Bei der Operation finden sich der eben beschriebene und noch ein kleiner Tumor. Der größere wird mit der unterliegenden Blasenwand exstirpiert, der kleinere in der Schleimhaut umschnitten und abgetragen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Karzinom.

Die Operationswunde heilte langsam. Am 16. August bekam Pat. einen Schüttelfrost und Schmerzen in der linken Nierengegend! Darauf Wohlbefinden bis auf eine mäßige Cystitis. Am 2. September wird Pat. entlassen.

Am 24. Januar 1905 wird Pat. mit den Erscheinungen eines schweren Blasenkatarrhs wieder aufgenommen. Pat. blutet wieder. Er wird mit Urotropin und Blasenspülungen behandelt. Darauf Besserung, Pat. verläßt das Krankenhaus, da er sich nicht zu einer Operation entschließen kann.

Am 24. Februar kommt Pat. wieder mit völliger Harnverhaltung und hohem Fieber zur Aufnahme. Blase bis zum Nabel reichend. Die cystoskopische Untersuchung ergibt ein Rezidiv der Geschwulst.

Am 27. Februar zweite Operation:

Durch hohen Blasenschnitt und weite Ablösung des Bauchfelles von der Hinterwand der Blase wird der Tumor mit großer Mühe zugänglich gemacht. Es gelingt mir durch ein kombiniertes Verfahren vom Damm aus die mehr an die Prostata heranreichende Neubildung zu entfernen. Die Ureteren werden geschont.

In der Folge erholte sich der Pat. nicht, gibt öfters unklare Antwort. Die Temperatur ist meist normal oder subfebril, steigt nur wenige Male für kurze Zeit etwas höher. Schließlich liegt Pat. unbesinnlich da. Der Exitus erfolgte am 18. April 1905.

Die Sektion, von Herr Dr. Albrecht ausgeführt, ergab folgendes Resultat:

Karzinom der Blase, Karzinom des rechten Ureter, Karzinom der rechten Niere.

Metastasen hauptsächlich in den Lumbaldrüsen. Thrombose der Vena cava inf.

Es erwuchs nun die Frage: Sind diese drei Karzinome primär gleichzeitig entstanden, oder ist ein Tumor primär und die beiden anderen auf metastatischem Wege entstanden?

Nach genauer Untersuchung des bei der Sektion gewonnenen Präparates ist Herr Dr. Albrecht zu folgender Auffassung gekommen:

1) Die (hauptsächlich rechtsseitigen) Lumbaldrüsenmetastasen rühren nicht von der Blase, sondern von der rechten Niere her; in der Blasenwand nur links und rechts je eine untere iliakale, untersten und linken lumbalen Drüsen frei, zum Teil entzündlich vergrößert; also keine Kontinuität.

2) Die rechte Niere, d. h. deren Becken, ist primär oder doch originär befallen: Die Verwachsung mit den Lymphdrüsen ist nur entzündlich, kein kontinuierliches Fortwachsen des Karzinoms von ihnen ins Nierenbecken. Die Thrombose der Vena cava inferior wahrscheinlich von der rechten Nierenvene. Das Nierenbecken, bezw. die tiefste Markpartie, bildet den Ausgang des Karzinoms; Beweis: die größtenteils noch rindenwärts vom Tumor erhaltenen Calices.

3) Auch für den Ureter ist ein kontinuierliches Fortwachsen einer Drüsenmetastase in seine Wand nicht anzunehmen; er war leicht abzuschälen und ist also entweder primär (?) oder durch sekundäre (Schleimhaut-?, Lymphweg-?) Implantation erkrankt.

4) Für die Blasenerkrankung ist aus dem einen Falle nichts quoadorigo tumoris auszusagen. Der Gedanke einer Implantation vom Nierenbecken her ist angesichts dieser Möglichkeit sub 3) nicht auszuschließen, zumal der Blasenkatarrh wohl älteren Datums.

Mikroskopisch zeigen die Tumorpartien an allen drei Stellen im wesentlichen das gleiche Bild:

In den oberflächlicheren Lagen (in der Blase meist nekrotisch) ein vielschichtiges Epithel vom Typus des Übergangsepithels (oft mit typischen Deckzellen), ohne scharfe Grenze übergehend in die Zellbalken der tieferen Abschnitte, welche den Bau des Carcinoma solidum mit polymorphen, oft vielkernigen, häufig nekrotischen Epithelien (Zelleinschlüsse!) zeigen; das Bindegewebe wenig reichlich.

Auffallend bei allen drei Tumoren die ausgeprägte Neigung, überwiegend in der Fläche, weniger in die Tiefe sich auszubreiten (s. die Schilderung des makroskopischen Verhaltens).

Man sieht also, daß an allen drei Orten Karzinom vom Typus des Epithels der Harnausfuhrwege (Nierenbecken, Ureter, Blase) vorliegt.

Ein Nachweis für die Fortleitung von einem der drei Herde zum anderen durch Lymphgefäße ist nirgends erbringbar, und auch für die Beziehungen zwischen dem Nierenbecken- und Uretertumor fast ausgeschlossen.

Implantation an sich höchst unwahrscheinlich, nur dadurch näher gerückt, daß bloß auf einer Seite der Ureter befallen.

Vorläufig also am wahrscheinlichsten die Annahme, daß es sich um eine spezifisch auf das »Übergangsepithel« bezw. die betreffenden Schleimhäute im allgemeinen wirksame Noxe handelt. Unbedingt muß aber einem definitivem Schluß die Vergleichung einer größeren Anzahl von Fällen vorangehen. (Selbstbericht.)

47) **Weinrich** (Berlin). Intravesikale Operation von Harnblasengeschwülsten.

W. berichtet über die intravesikale Operation von Harnblasengeschwülsten nach Nitze's Methode. Das Operationcystoskop Nitze's besteht bekanntlich aus Cystoskopen, die mit verschiedenartig geformten Platinschlingenträgern und Platinbrennern armiert sind. Mit diesen werden gutartige Blasengeschwülste von einfachen Zotten bis apfelsinengroßen Papillomen in einigen wenigen, bis 10 und 20, Sitzungen unter direkter Beobachtung durch das Cystoskop per urethram entfernt, und die Tumorbasis dann selbst energisch, wenn notwendig in mehreren Sitzungen, kauterisiert. Maligne Blasentumoren sind von dieser Behandlungsmethode ausgeschlossen.

Die großen Vorteile dieser Operationsmethode Nitze's sind ihre geringe Gefährlichkeit für die Kranken (von 150 Operierten nur ein Todesfall), ferner daß sie keine Narkose und kein Krankenlager erforderlich macht und an Gründlichkeit der Sectio alta nicht nachsteht. Die galvanokaustische Behandlung der Tumorbasis nach Entfernung der Zottenmassen erfolgt mindestens ebenso energisch als mit dem Messer bei Sectio alta. Die Rezidive nach dieser intravesikalen Methode sind wesentlich seltener als nach Sectio alta. Dazu kommt, daß für den Fall eines Rezidivs die Kranken sich viel eher und leichter zu einer nochmaligen operationscystoskopischen Sitzung entschließen zur Wiederholung der Sectio alta als vielleicht schon 1/2 Jahr nach der ersten Operation. Der Wert der Nitze'schen Methode ist natürlich um so markanter, je früher die Papillome diagnostiziert werden; deshalb sollte bei jeder, auch nur einmaligen, Hämaturie, bei dem geringsten Verdacht auf Tumor der Harnwege auch cystoskopisch untersucht werden.

Nitze hat mit seiner intravesikalen Methode bis jetzt über 150 Papillome operiert, von denen nur 20 Rezidive aufwiesen, die dann aber in einer oder wenigen Sitzungen wieder beseitigt wurden. Der intravesikalen Methode Nitze's zur Operation von Blasentumoren gebührt daher neben der Sectio alta ebensosehr der Platz, wie der Litholapaxie für die Steinoperation.

Hinsichtlich der malignen Harnblasentumoren steht Nitze auf dem Standpunkte, daß nur solche Tumoren — durch Sectio alta — entfernt werden sollten, deren Sitz die teilweise Resektion der Blasenwand gestattet; alle anderen breitaufsitzenden Blasentumoren bleiben besser ein Noli me tangere, da sich die Pat., selbst wenn sie den Eingriff überstehen, sicher nicht in besserem Zustande befinden als ohne Operation. (Selbstbericht.)

---

48) **Lampe** (Bromberg). Demonstration eines seltenen Präparates einer karzinomatös degenerierten Harnblase bei Ectopia vesicae.

Dasselbe stammt von einem 48jährigen sonst gesunden Manne. Das Karzinom hatte sich seit einigen Monaten durch Blasenschmerzen

und vor allem durch wiederholte Blasenblutungen bemerkbar gemacht. Exstirpation der Blase nach der von Sonnenburg für die Behandlung der Ectopia vesicae angegebenen Methode. Heilung. Mikroskopisch handelt es sich um ein Cancroid der Blasenschleimhaut. Wegen des kurzen Zurückliegens der Operation, und um das Präparat möglichst unversehrt demonstrieren zu können, steht die eingehendere mikroskopische Untersuchung desselben noch aus.

(Selbstbericht.)

---

49) **Th. Rovsing** (Kopenhagen). Über Indikationen und Resultate der Nierenexstirpation, speziell bei Nierentuberkulose.

Nicht ohne Bedenklichkeiten habe ich den ehrenvollen Auftrag übernommen, die Diskussion der vorliegenden wichtigen Fragen für diese werte Versammlung einzuleiten, teils weil ich als Fremder auf große Nachsicht bezüglich der Sprache mich verlassen muß, teils weil der Stoff im Verhältnis zur gemessenen Zeit so groß ist. Dieselbe erlaubt mir nur, in größter Knappheit die Resultate meiner persönlichen Erfahrungen und Erwägungen darzustellen, ohne mich in Erwähnung und Schätzung der schon reichhaltigen Literatur zu vertiefen.

Meine Erfahrungen fußen auf 112 von mir persönlich ausgeführten Nephrektomien, deren Resultate und Verteilung auf die verschiedenen Krankheiten, die den Eingriff indiziert haben, ich in den beigefügten kurzen tabellarischen Übersichten dargestellt habe.

Die erste Bedingung für die Zulässigkeit einer Nephrektomie ist gewiß in allen Fällen die Existenz der anderen Niere als funktionsfähiges Organ. Es ist daher nicht zu verwundern, daß die Diskussion über Indikationen und Kontraindikationen der Nephrektomie bisher von der Frage der Nierenfunktionsdiagnostik ganz beherrscht worden ist. Wir müssen doch hierüber nicht vergessen, daß es auch eine Reihe von anderen sehr wichtigen Fragen gibt, deren Beantwortung zur Indikationsstellung ganz notwendig ist. Dieses macht sich insbesondere der Nierentuberkulose gegenüber geltend, und da die Abfassung der heutigen Diskussionsfrage verlangt, daß wir den Nephrektomieindikationen gerade bei Nierentuberkulose eine ganz besondere Aufmerksamkeit widmen sollen, finde ich es angezeigt, zuerst die für Nierentuberkulose speziellen Indikationsfragen zu erörtern, und erst später die für alle Fälle gemeinsame Frage der Funktionsfähigkeit der »anderen« Niere.

Wenn wir vorläufig davon ausgehen, daß die andere Niere gesund ist, gibt es bei Nierentuberkulose wesentlich drei für die Indikationsstellung der Nephrektomie wichtige Fragen.

1) Die erste Frage lautet: Wie ausgedehnt soll die tuberkulöse Affektion der Niere sein, um eine Nephrektomie zu indizieren? Hierüber machen sich drei verschiedene Anschauungen

geltend, die ich bezw. als die konservative, gemäßigte und radikale benennen kann.

Die konservative geht davon aus, daß jede Lokaltuberkulose die Möglichkeit einer Spontanheilung darbietet. Sie behauptet deshalb, daß eine Nephrektomie nicht indiziert ist, ehe eine langwierige innere Behandlung sich nutzlos gezeigt hat, und gefahrdrohende Symptome einer rasch vorschreitenden Tuberkulose sichergestellt sind. Nicht nur Internisten, sondern auch Chirurgen, sogar ein so bedeutender wie J. Israel, vertreten diese Anschauung.

Die andere, die gemäßigte Anschauung, welche u. a. Küster vertritt, erkennt, daß die Spontanheilung der Nierentuberkulose so außerordentlich selten ist, daß man mit dieser Möglichkeit nicht rechnen darf, daß man aber, wenn die Tuberkulose bei dem explorativen Eingriff auf einen Teil der Niere begrenzt zu sein scheint, diesen Teil durch Resektion entfernen soll.

Die dritte, die radikale Anschauung, für welche hier in Deutschland Kümmell, Schmieden, Wagner u. a. Fürsprecher sind, und an welche ich mich ganz und gar anschließe, sieht den sicheren Nachweis von einseitiger Nierentuberkulose für eine absolute Indikation zur Nephrektomie an.

Die Zeit mit interner Therapie in die Länge zu ziehen, halten wir für ganz unberechtigt, erstens weil die Spontanheilung — wenn eine solche überhaupt vorkommt — außerordentlich selten ist, zweitens weil die exspektative Behandlung die Pat. den großen Gefahren der metastatischen und kontinuierlichen Ausbreitung des Leidens nach den anderen Organen — speziell der anderen Niere — aussetzt.

Die Resektion verwerfe ich, weil meine Erfahrung mir immer und immer gezeigt hat, daß es ganz unmöglich ist, die Ausbreitung der Tuberkulose in der Niere, selbst bei vollständiger Spaltung derselben, geschweige denn bei partieller Spaltung oder bloßer Inspektion, zu beurteilen. Jedesmal, wenn ich geglaubt habe, einem einzigen Herde gegenüberzustehen, hat die spätere makro- oder mikroskopische Untersuchung andere über die Niere und Pelvis verbreitete Prozesse nachgewiesen, die sich nicht durch Explorativoperation entdecken ließen.

Ich plaidiere deshalb dafür, daß jede, auch anscheinend begrenzte Tuberkulose der Niere eine Nephrektomie indiziert.

2) Die zweite Frage lautet: Inwiefern kontraindiziert die Ausbreitung der Tuberkulose auf die Blase die Nephrektomie.

Diese schwierige Frage ist von der allergrößten praktischen Bedeutung, weil leider in einer außerordentlich großen Anzahl von Fällen erst eine Mitbeteiligung der Blase mit den schmerzvollen Tenesmen und terminaler Blutung die Gegenwart der Krankheit dem Pat. verrät und ihn zum Arzte führt.

Wir können es hier als schon festgestellt betrachten, daß kleine, auf die Umgebung der Uretermündung beschränkte tuberkulöse Eruptionen die Nephrektomie nicht kontraindizieren. Es liegen schon in der Literatur einzelne durch Cystoskopie sichergestellte Spontanausheilungen solcher Fälle vor, und ich selbst verfüge über fünf Fälle, wo eine vollständige spontane Ausheilung von kleinen tuberkulösen Ulzerationen oder miliaren Tuberkeln rings um die Uretermündung der Nephrektomie gefolgt und durch Cystoskopie sicher konstatiert ist. In dem ältesten dieser Fälle hat sich die Genesung jetzt über 10 Jahre erhalten.

Ganz anders hat es sich bis jetzt bei denjenigen Fällen herausgestellt, wo wir die Tuberkulose schon über große Partien der Blasenschleimhaut verbreitet vorfinden. Die meisten von Ihnen werden sicher die Erfahrung gemacht haben, daß die Nephrektomie in solchen Fällen ein äußerst zweifelhafter Gewinn ist, da die Pat. eben alle die peinlichen Symptome behalten und nur ihr qualvolles Leben einige Monate verlängern.

Diese pessimistische Auffassung war auch das Resultat meiner Erfahrungen, bis ich zuletzt, nachdem ich vergebens Sublimat- und Pyrogallussäure-Instillationen, Auslöffelung, Kauterisation, ja sogar Finsen- und Röntgenbehandlung durch eigens dafür konstruierte Röhren versucht hatte, eine einfache, überaus wirksame Methode zur Heilung der Blasentuberkulose gefunden habe, die ich mir deshalb hier ganz kurz zu beschreiben und Ihnen aufs wärmste zu empfehlen erlaube.

Ich spritze 100 ccm einer 5%igen, bis 38° C erwärmten Karbolsäurelösung in die Blase; nach 5 Minuten wird sie wieder durch den Katheter entleert, dann eine neue Portion eingespritzt — zwei- bis dreimal — bis die Lösung sich nicht mehr trübt. Diese Prozedur wird jeden zweiten Tag wiederholt, bis die Blasenschleimhaut cystoskopisch, der Harn mikroskopisch vollständig gesund gefunden wird. Erstaunlich rasch — oft binnen 2—3 Wochen — werden die Ulzerationen in glatte, blasse Narben verwandelt.

Durch die Resultate dieser Behandlung ist meine Auffassung bezüglich der Nephrektomieindikation in solchen Fällen gänzlich verändert worden. Von meinen 47 Nephrektomierten hatten nicht weniger als 23, d. i. 50%, Blasentuberkulose. 5 Fälle leichteren Grades heilten, wie erwähnt, spontan aus, in den übrigen 18 Fällen war die Tuberkulose schon vor der Nephrektomie über große Partien der Blase verbreitet oder verbreitete sich nach der Operation. Von diesen 18 Pat. sind die 7 ersten trotz Behandlung mit Sublimat, Pyrogallussäure, Auslöffelung usw. unter zunehmenden Qualen früher oder später der Krankheit erlegen, während von den 11 mit Karbol Behandelten 10 definitiv geheilt sind und der 11. auf gutem Wege dazu ist.

Ich halte deshalb jetzt eine weit vorgeschrittene Blasentuberkulose für heilbar und sehe nicht mehr eine solche als Kontraindikation für die Nephrektomie an.

3) Die dritte Frage lautet: Inwiefern kontraindiziert Komplikation mit Genitaltuberkulose die Nephrektomie bei einseitiger Nierentuberkulose? Es ist angezeigt, diese Frage hervorzuziehen, weil man immer wieder der Auffassung sowohl bei Internisten wie bei Chirurgen begegnet, daß eine Nephrektomie unter solchen Umständen nutzlos ist, da die Krankheit doch über mehrere Organe verbreitet ist. Sie weisen die Pat. auf Badekuren, Mastkuren usw. hin und raten von operativer Behandlung sowohl der Genital- wie der Harnwegetuberkulose ab.

Ich muß auf Grund meiner Erfahrungen einen entschiedenen Protest dagegen einlegen. Ein energisches Einschreiten auf beiden Seiten hat hier, wenn man nur nicht zu lange wartet, die schönsten Erfolge von Radikalheilung aufzuweisen, während eine exspektative, medizinische Behandlung früher oder später zu dem desolaten Bild einer aufsteigenden oder metastatischen doppelseitigen Nierentuberkulose führt. Es gilt daher, diese fatalen Möglichkeiten auszuschließen, während es noch Zeit ist. Deshalb sollen wir, sobald wir einem Pat. mit Genitaltuberkulose und gleichzeitiger Albuminurie gegenüberstehen, gleich die genaueste Untersuchung vornehmen: Cystoskopie, Ureterenkatheterisation und bakterioskopische Untersuchung des von jeder Niere aufgefangenen Harnes. Zeigt sich dann die eine Niere gesund, die andere tuberkulös, dann sollen wir schleunigst zur Exstirpation der kranken Niere und der tuberkulösen Nebenhoden oder Hoden schreiten.

Unter meinen 47 nephrektomierten Tuberkulosepatienten befinden sich 24 Männer. Von diesen litten nicht weniger als 10, d. i. 41,6%, an Genitaltuberkulose; 4 hatten doppelseitige, 6 einseitige Affektion. Die Kastration resp. Epididymisexstirpation wurde gewöhnlich in derselben Sitzung wie die Nephrektomie ausgeführt. Nur einer von diesen Pat. ist im Anschluß an die Operation gestorben; er hatte doppelseitige Nierentuberkulose und wurde nur wegen Mißdeutung des Resultates des Ureterenkatheterismus operiert. Alle die anderen sind vollständig geheilt, davon 3, die gleichzeitig an ausgedehnter Blasentuberkulose litten.

4) Wir gelangen nun zu der so viel diskutierten Frage: ob und wie wir feststellen können, inwieweit die andere Niere als funktionsfähiges Organ existiere?

Die Frage von der Gesundheit der »anderen« funktionstüchtigen Niere stellt sich gebieterisch ein vor jeder Nephrektomie, und wenn sie mit nein beantwortet wird, ist damit jede sonst völlig indizierte Nephrektomie absolut kontraindiziert. Diese Frage ist denn auch ebenso alt wie die Nierenchirurgie, indem ihr genialer Vater, Gustav Simon in Heidelberg, gleich vom ersten Anfang an die Notwendigkeit der Beantwortung derselben eingesehen hat. Aber nicht genug damit, hat Simon uns gleich den Weg gezeigt, auf welchem diese Frage beantwortet werden mußte: nämlich durch die Ureterenkatheterisation, und es gelang schon ihm, betreffs der Weiber diese Aufgabe zu lösen.

Ureterkatheterisation bei Männern blieb aber ein pium desiderium, bis im Jahre 1888 mein zu früh gestorbener Landsmann Axel Iversen uns gelehrt hat, die Ureteren durch eine Sectio alta zu katheterisieren. Diese Voroperation war doch zu ernst, um dem Verfahren Iversen's eine allgemeine Anwendung zu verschaffen. Es war der Ureterencystoskopie vorbehalten, die eigentliche Revolution auf diesem Gebiete hervorzubringen, wie diese Methode nach und nach durch zahlreiche Versuche hervortrat, von denen diejenigen von Nitze und Brenner als besonders verdienstvoll und bahnbrechend hervorgehoben werden müssen, bis es endlich Casper und später Albarran gelungen ist, uns ein Uretercystoskop zu konstruieren, dessen Anwendung so leicht und so sicher ist, daß jeder Chirurg nach einiger Übung die Ureterkatheterisation sowohl bei Männern als bei Frauen ausführen kann.

Hiermit hatten wir glücklich das Ziel erreicht, die Methode war leicht anwendbar gemacht, welche uns nach Simon's Meinung sichere Auskunft nicht nur über den Sitz der Krankheit, sondern auch von der Existenz der anderen Niere als funktionstüchtigem Organ geben sollte.

Aber sehr bald meldeten sich die neuen Bedenklichkeiten. Es giebt ja Fälle, wo eine tief erkrankte Niere einen ganz klaren, eiweißfreien Harn produziert — so bei Schrumpfniere, multilokularem Kystom, Hydronephrose, bösartigen Tumoren —, und es gibt andere Fälle, wo der Harn eiter- und eiweißhaltig ist und wo die Niere trotzdem imstande wäre, die ganze Funktion, wenn nötig, zu übernehmen. Wie sollte man es in solchen Fällen vermeiden, entweder inoperable Pat. zu nephrektomieren oder, was viel verhängnisvoller wäre, Pat., die noch durch Nephrektomie zu retten wären, diese Operation zu verweigern? Diese Frage hat, wie Sie alle wissen, in den letzten Jahren die Diskussion über Indikation und Kontraindikation der Nephrektomie ganz beherrscht und wird wohl auch heute unsere Diskussion großenteils beherrschen. Mehrmals haben wir geglaubt, eine sichere Methode zur Bestimmung der Funktionstüchtigkeit der Nieren gefunden zu haben, und noch stehen die Meinungen weit auseinander darüber, inwieweit diese Frage gelöst sei oder nicht.

Gemeinsam ist allen diesen Methoden das Prinzip, die von der Niere geleistete Arbeit, speziell die Ausscheidung fester Bestandteile, zu messen, um von der Größe derselben auf die Funktionstüchtigkeit der Niere zu schließen. Man hat dies zu erreichen versucht: 1) durch quantitative Bestimmung der von den Nieren ausgeschiedenen Harnstoffmenge nach Tuffier (1889); 2) durch die von Achard eingeführte Methylenblauprobe, infolge welcher wir die Funktionsfähigkeit der Niere durch die Schnelligkeit und Intensität, womit intramuskulär injiziertes Methylenblau ausgeschieden wird, sollen beurteilen können; 3) durch die Kryoskopie: Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und des Harnes, welche das Ausscheidungsvermögen der Niere nach Koranyi abspiegeln soll, und endlich 4) durch die

Phloridzinprobe: die Schnelligkeit und Intensität, womit die Nieren nach subkutaner Injektion von $^1/_2$—1 cg Phloridzin Zucker ausscheiden.

Die Methylenblauprobe hat sich nicht bewährt, indem es sich bald gezeigt hat, daß selbst äußerst degenerierte Nieren mit Leichtigkeit den Farbstoff passieren lassen. Völcker's und Joseph's Anwendnng von Indigokarmin ist insoweit eine Verbesserung, als dieses den Harn viel intensiver färbt, gibt aber auch keine sichere Auskunft über die Funktionstüchtigkeit der Niere.

Dagegen sind die anderen drei Methoden und insbesondere die Kryoskopie und die Phloridzinmethode in weiten Kreisen dafür angesehen, das Problem gelöst zu haben. Casper und Richter bezeichnen in ihrer verdienstvollen Arbeit: Funktionelle Nierendiagnostik (1901) alle drei Methoden als wertvolle, stellen aber die Phloridzinmethode in erste Reihe, die Kryoskopie in zweite und die Harnstoffprobe in dritte Reihe. Casper ist später mehr und mehr auf die Phloridzinmethode eingegangen, während Kümmell als der Hauptvorkämpfer der Kryoskopie anzusehen ist. Während Casper eine negative oder sehr schwache Reaktion der »anderen« Niere auf Phloridzin als bestimmte Kontraindikation gegen Nephrektomie betrachtet, erklärt Kümmell, daß ein Blutgefrierpunkt von ± 0,60 eine absolute Kontraindikation gegen Nephrektomie darstellt. Während Casper zugibt, daß die Phloridzinmethode in einzelnen Fällen irrelevante Resultate gegeben hat, erklärt Kümmell, daß die Blutkryoskopie ihn niemals getäuscht hat.

Zu ganz anderen Schlüssen bin ich durch meine Erfahrungen mit diesen drei Methoden gelangt. Ich bin einer der Ersten, die die funktionelle Nierenuntersuchung systematisch vor den Operationen angestellt haben, indem ich seit 1892 an allen Nierenpatienten, so auch an allen meinen 112 Nephrektomierten, die quantitative Harnstoffbestimmung ausgeführt habe. Meine Erfahrung über diese Methoden ist, kurz gefaßt, diese: Wird die Harnstoffmenge normal gefunden, dann ist auch die Niere funktionsfähig, aber der umgekehrte Schluß, daß eine herabgesetzte, ja sogar minimale Harnstoffmenge bedeuten sollte, daß die Niere nicht funktionsfähig und daher die Exstirpation des Schwesterorganes kontraindiziert sei, ist ganz unerlaubt. Denn in nicht weniger als 31 von meinen 112 Fällen habe ich die Nephrektomie trotz einer sehr niedrigen Harnstoffmenge gemacht.

Ganz ähnliche Erfahrungen habe ich später mit der Phloridzinprobe gemacht. Ich habe nimmer erlebt, daß eine Niere, die prompte und kräftige Zuckerausscheidung gegeben hat, insuffizient war, dagegen habe ich eine ganze Reihe von Fällen, wo die Zuckerreaktion — trotz gesunder Niere — ganz ausgeblieben ist. 9mal habe ich trotz negativen Resultates der Probe Nephrektomie gemacht — in 5 Fällen von Tuberkulose, 1 Nierensarkom, 1 Pyelonephritis, 1 Steinniere. Von diesen Pat. sind 8 vollkommen geheilt, 1 ist gestorben

10 Tage nach der Operation an sickernder, unstillbarer Blutung von der großen septischen Wundhöhle, während die andere Niere gut funktionierte und bei der Obduktion normal befunden wurde.

Wäre ich in diesen Fällen nach Casper's Maxime vorgegangen, hätte es acht Menschen das Leben gekostet.

Die Blutkryoskopie habe ich in 50 Fällen ausgeführt und dabei 12mal ein ganz irreleitendes Resultat erhalten, und die Sache stellt sich hier noch schlimmer als für die anderen Methoden, weil die Kryoskopie nicht nur in negativer, sondern auch in positiver Richtung irreleitende Antworten gab. In 6 Fällen war $\delta = \pm 0{,}60-0{,}67$ trotz vollkommener Funktionsfähigkeit der anderen Niere, und alle Pat. genasen vollständig (2mal bösartige Nierengeschwulst, 1mal Tuberkulose, 1mal Pyelonephritis, 2mal Nierensteine); in 6 anderen Fällen habe ich bei außerordentlich vorgeschrittenem doppelseitigem Nierenleiden (1mal Urogenitaltuberkulose, 1mal Anuria calculosa, 1mal Anuria in nephritide, 2mal Morbus Brighti) einen ganz normalen Gefrierpunkt vorgefunden.

Ähnliche Beobachtungen sind von Stockmann, Barth und Kapsammer mitgeteilt worden. Daß Casper und Kümmell zu so ganz anderen Resultaten gelangt sind, erklärt sich ganz einfach dadurch, daß sie beide von der Richtigkeit der Hypothese ausgegangen sind, die bewiesen werden sollte, sie haben nach ihr gehandelt, als ob sie bewiesen wäre, und haben sich so den einzigen Weg zur Entdeckung der Mängel des Verfahrens verschlossen: nämlich den, trotz des negativen Befundes zu operieren. Wären sie so verfahren, würden sie die Phloridzinprobe und die Kryoskopie in derselben Weise beurteilen wie ich und zum Teil Israel.

Während Kümmell und Casper die Notwendigkeit einer solchen Kontraprobe des Wertes ihrer Verfahren übersehen haben, haben diese Verff. in ihren seit der Anwendung dieser Methoden verbesserten Nephrektomieresultaten einen Beweis der Bedeutung der Methoden gefunden zu haben geglaubt.

Hier verwechseln sie aber gewiß post mit propter.

Der Beweis dafür liegt in meiner Statistik, die ich Sie jetzt genau zu betrachten bitte (s. p. 101).

Sie werden sehen, daß ich von meiner gesamten Anzahl von 112 Nephrektomien 9 Todesfälle, d. i. eine Mortalität von 8%, habe. Ich habe zur Vergleichung die Resultate von der großen Sammelstatistik Schmieden's daneben gestellt, doch nur insofern sie das letzte Dezennium betreffen, in welchem der größte Teil meiner Nephrektomien ausgeführt ist, und Sie werden sehen, daß meine Resultate im ganzen außerordentlich befriedigend sind, indem Schmieden eine Mortalität von 17,4% angibt, also über doppelt so groß wie die meinige von 8,2%.

Wenn ich aber jetzt meine Statistik in derselben Weise wie Casper und Kümmell für die Nephrektomien vor und nach 1901

gesondert aufstelle, wo die Kryoskopie und die Phloridzinprobe in Wirksamkeit getreten sind, dann bekomme ich folgende Resultate:

Vor 1901: 52 Nephrektomien mit 7 Todesfällen = 13,2% Mortalität.

Nach 1901: 60 Nephrektomien mit 2 Todesfällen = 3,3% Mortalität.

Es zeigt sich dabei, daß es mir so wie Kümmell gegangen ist, dessen Mortalität von 33% bis zu 6,4% herabgegangen ist; nur daß meine Mortalität beinahe halb so groß wie die von Kümmell ist, und dieses, obgleich ich immer der Kryoskopie und der Phloridzinprobe zum Trotz operiert habe, in Fällen, wo diese prognostisch ungünstige Resultate ergaben.

Und sehen wir die Todesursachen in den beiden nach 1901 tödlich verlaufenen Fällen an, so zeigt es sich, daß der Tod in keinem Fall infolge einer Insuffizienz der anderen Niere eingetreten ist. Der eine Pat. ist an Blutung (linksseitige Nierentuberkulose, kolossale Pyonephrose mit Mischinfektion), der andere an Sepsis (einseitige diffuse Staphylokokkenpyelonephritis) gestorben.

Die Todesursache für die 7 vor 1901 Operierten war in 5 Fällen von der anderen Niere unabhängig:

2mal Embolia art. pulmonalis (Nierengeschwülste mit Thrombosen in der Vena cava), 1mal Peritonitis (enorme Nierengeschwulst, Verletzung des Darmes), 1mal Herzlähmung am nächsten Tage der Operation (große tuberkulöse, abgeschlossene Pyonephrose).

Nur in 2 Fällen trat der Tod durch Urämie infolge Insuffizienz der anderen Niere ein. In einem Falle habe ich bei einem 72jährigen Manne mit einem Karzinom die linke Niere wegen unstillbarer Blutung exstirpiert, vor der Einführung der Ureterkatheterisation; in dem zweiten Fall ist die Ureterkatheterisation der »anderen« Niere wegen Blutung vom Ureter aus mißlungen. Die Autopsie ergab eine doppelseitige Nierentuberkulose.

Aus meinen Erfahrungen glaube ich folgendes schließen zu können:

1) Der »Nierentod« spielt überhaupt bei der Nephrektomiemortalität nicht die Rolle, die ihm Kümmell und Casper beilegen.

2) Die Funktionsfähigkeit der Niere läßt sich durch keins von den bis jetzt angegebenen Verfahren zur Nierenfunktionsuntersuchung sicher bestimmen, die alle darauf ausgehen, die von der Niere geleistete Arbeit zu messen; und es kann vorausgesagt werden, daß dieses bei derartigen Untersuchungen nie gelingen wird, einfach weil eine herabgesetzte Nierenfunktion keineswegs mit herabgesetzter Nierenfunktionsfähigkeit identisch ist. Eine vollkommen gesunde Niere kann aus vielen verschiedenen Ursachen gehindert werden, ihre normale Arbeit auszuführen, und da die Ursache dieses Phänomens sehr häufig eben eine Krankheit im Schwesterorgan ist, ist es ganz irrationell, die Indikation der Nephrektomie auf Grund solcher Untersuchungen stellen zu wollen.

3) Die verbesserten Resultate der Nephrektomien der letzten Jahre sind denn auch weder durch die Kryoskopie noch durch die Phloridzinprobe herbeigeführt, was meine Statistik zur Evidenz beweist, indem ich in meiner Operationsmortalität eine ebenso große Herabsetzung, ja nur ein halb so großes Sterblichkeitsprozent wie Kümmell habe, obgleich ich trotz der Resultate der »Funktionsuntersuchungen« operiert habe.

4) Die Blutkryoskopie ist für die Indikationsbestimmung einer Nephrektomie absolut ohne Wert, weil ihre Resultate zu beiden Seiten mißdeutig sind, und es mit großer Gefahr für die Pat. verbunden ist, sie als Leitschnur zu benutzen.

5) Die Phloridzinprobe und die Harnstoffbestimmung sind, wo sie einen negativen oder geringen Erfolg geben, ebenso unzuverlässig wie die Kryoskopie, während sie bei positivem, normalem Resultate nach den bisherigen Erfahrungen die volle Funktionsfähigkeit der anderen Niere zu garantieren scheinen. Von diesen beiden Methoden ist nach meiner Erfahrung die Harnstoffbestimmung das zuverlässigste, schnellste, einfachste und für die Pat. absolut unschädlichste Verfahren, das ich selbst konstant brauche und zu allgemeiner Anwendung empfehle.

Wenn aber meine soviel verbesserten Resultate nicht durch die Nierenfunktionsuntersuchungen herbeigeführt sind (wenn ich eben trotz ihrer irreleitenden Resultate teils inoperable Pat. mit normalem Gefrierpunkte zu operieren abgelehnt habe, und umgekehrt Pat., die nach den Funktionsuntersuchungen zum Tode verurteilt waren, geheilt habe), welchem Umstande verdanke ich dann meine richtigen Indikationen?

Welchen Umständen verdanke ich, daß ich doch die Funktionsfähigkeit der »anderen« Niere richtig beurteilt habe?

Ich zweifle nicht an der Antwort. Ich verdanke es der Ureterkatheterisation und der sorgfältigen — chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen — Untersuchung des von der Niere direkt aufgefangenen Harnes, dessen Bedeutung viel größer ist als Phloridzin und Kryoskopie. Sie hat mir gezeigt, daß die andere Niere da war, und ob ihr Harn gesund oder pathologisch war. Habe ich den aufgefangenen Harn ohne Albumen, Blut und Mikroben vorgefunden, so habe ich als Regel den operativen Eingriff für berechtigt gehalten.

Und habe ich den Harn abnorm gefunden, so haben mir die erwähnten Untersuchungen vom Harn ein unendlich sichereres Bild als Phloridzin und Kryoskopie gegeben. Finde ich, wo es sich um Exstirpation einer tuberkulösen Niere oder einer von anderen Mikroben verursachten Pyonephrose handelt, eine Albuminurie von der anderen Niere, dann ist es für mich das Entscheidende, ob ich auch Eiter und Mikroben in dem Harn dieser Niere finde oder nicht. Im ersten Falle komme ich zu dem Schluß, daß auch diese Niere von derselben Krankheit wie die zu entfernende angegriffen ist, und ich lasse mich nicht

darauf ein, selbst wenn der Gefrierpunkt und die Zuckerausscheidung noch so gut sind, ehe ich event. die »andere« Niere geheilt habe; finde ich dagegen keine Mikroben, keinen Eiter, dann schließe ich daraus, daß wir einer toxischen Albuminurie gegenüberstehen, die von der kranken Niere herrührt, und diese entferne ich dann schleunigst, um die Intoxikation fortzuschaffen, selbst wenn Kryoskopie und Phloridzin dagegen sprechen.

Ich habe acht Tuberkulosefälle, die dieses aufs schönste illustrieren. In allen gab es Albuminurie von beiden Nieren, in dreien waren die Nierenfunktionsresultate günstig, während das Mikroskop Tuberkelbazillen von beiden Nieren ergab. Ich unterließ, sie zu operieren, und sie starben alle drei nach Verlauf von 6 Wochen.

In den fünf anderen wurden im Harne der »anderen« Niere keine Bazillen, kein Eiter, sondern Albumen, krimineller Gefrierpunkt und 0 Zucker nach Phloridzin gefunden. Ich habe sie alle operiert, Ausheilung für sie alle erreicht.

Es gibt aber viele Fälle, wo die Ureterkatheterisation unmöglich ist, insbesondere bei Tuberkulose, wegen verbreiteter Ulzerationen der Blasenschleimhaut, oder wo Verdacht auf Granularatrophie oder multilokuläres Kystom vorhanden ist. In solchen Fällen habe ich immer — und bis jetzt niemals vergebens — die von mir 1894 angegebene Exploration der Nieren durch doppelseitigen Lumbalschnitt in Anwendung gebracht.

Ich werde mir erlauben, die Bedeutung dieses Verfahrens, das trotz der Annahme, die es bei Küster u. a. gefunden hat, kaum soviel wie es verdient angewandt wird, durch den letzten Fall, in welchem ich — vor wenigen Monaten — es angewandt habe, zu illustrieren.

Eine 34jährige Frau, die lange Zeit an Schmerzen in der rechten Nierengegend gelitten hatte, wurde wegen heftiger Cystitisanfälle, die vor 3 Monaten begonnen hatten, eingelegt. Im Harne wurde Albumen, Eiter und Tuberkelbazillen vorgefunden. Die Cystoskopie ergab den ganzen Fundus vesicae stark geschwollen und von tuberkulösen Ulzerationen, die die Ureterkatheterisation unmöglich machten, bedeckt. Die rechte Niere war schmerzhaft, vergrößert, herabgesunken. Die linke Niere unfühlbar, nicht schmerzhaft. Durch den doppelseitigen Lumbalschnitt wurden beide Nieren untersucht; es ergab sich, daß die rechte eine etwas vergrößerte, aber sonst gesunde Wanderniere war, während die linke Niere durch und durch tuberkulös degeneriert war. Ich habe Nephrektomie gemacht, und die junge Frau genas, nachdem die Blasentuberkulose durch Karbolbehandlung ausgeheilt war.

Soweit die Frage der »anderen« Niere. Es ist meine Überzeugung, daß auch Casper und Kümmell tatsächlich der Ureterkatheterisation ihre verbesserten Resultate verdanken, die sie neben der Kryoskopie und der Phloridzinprobe anwandten.

Und bin ich in diesem Vortrage gezwungen gewesen, ihre Lehre von der Bedeutung der speziellen Nierenfunktionsuntersuchungen ziem-

lich scharf zu kritisieren, ist es mir zum Schluß eine Freude, ihnen beiden meinen wärmsten Dank auszusprechen für die bedeutungsvolle und große Arbeit, die sie darauf eingesetzt haben, die enorme Bedeutung der Ureterkatheterisation für die Nierenchirurgie klar zu machen.

Ich will nur noch sagen, daß ich mich vollständig Kümmell's Warnung gegen gewisse moderne Bestrebungen anschließe, die etwas schwierige, aber sichere Ureterkatheterisation durch die leichte, aber ganz unzuverlässige Anwendung der Harnsegregatoren zu ersetzen. Die Irrtümer, die bei Anwendung dieser Apparate unterlaufen, werden oft für die Pat. höchst verhängnisvoll.

Wir brauchen ja nur hier wieder an unsere Tuberkulosefälle zu denken, wo der ganze Blasenboden ulzeriert, aber nur die eine Niere krank war. Der Harnsegregator hatte hier doppelseitige Leiden angegeben und die Pat. waren ihrem Schicksale überlassen worden.

Statistik über Nephrektomien.
Von Rovsing ausgeführt.

Krankheit	In den Jahren 1892—1901			Nach dem 1. Januar 1901		
	Anzahl	Gestorben	Mortalitätsprozent	Anzahl	Gestorben	Mortalitätsprozent
Maligne Nierengeschwülste	18	5	27	13	0	0
Hydronephrose	7	0	0	5	0	0
Tuberkulose	14	2	14,2	33	1	3
Pyonephrose	4	0	0	7	1	14,2
Pyonephrosis calculosa	9	0	0	2	0	0
Summa	52	7	13,2	60	2	3,3

Krankheit	Rovsing				Schmieden		
	Gesamtanzahl	Geheilt	Gestorben	Mortalitätsprozent	Anzahl	Gestorben	Mortalitätsprozent
Maligne Tumoren	31	26	5	16	329	108	32,8 (22)
Hydronephrose	12	12	0	0	124	23	18,5 (5,7)
Tuberkulose	47	44	3	6,3	201	59	29,4 (24,5)
Pyonephrose	11	10	1	9	138	32	23,2 (15,3)
Pyonephrosis calculosa	11	11	0	0	108	36	33,3 (16,7)
Summa	112	103	9	8	890	258	28,9

50) **J. Israel** (Berlin). **Welchen Einfluß haben die funktionell-diagnostischen Methoden auf die Sterblichkeit der Nephrektomie wegen Tuberkulose gehabt?**

Gegenüber der Behauptung Kümmell's und Casper's, daß die Sterblichkeitsabnahme der Nephrektomien auf den Einfluß der funktionellen Diagnostik zurückzuführen sei, führt I. den Nachweis von der Unrichtigkeit dieser Vorstellung.

Schon a priori erscheint ein umgestaltender Einfluß der funktionell-diagnostischen Methoden auf die Umgestaltung der Resultate unwahrscheinlich, in Anbetracht der Tatsache, daß jeder, der damit gearbeitet hat, die Verfahren aller anderen als irreführend verwirft und nur seine eigene Methode gelten läßt. I.'s Untersuchung über die Zuverlässigkeit der bis jetzt bekannten funktionellen Methoden zerfällt in drei Abschnitte; zunächst wird an Beispielen gezeigt, wie sie sich an seinen eigenen Fällen von Tuberkulose bewährt haben; dann wird ihr Einfluß auf das Absinken der Nephrektomiesterblichkeit bei Tuberkulose untersucht; endlich wird geprüft, ob die Mortalitätsabnahme der gesamten Nephrektomien von ihnen abhängt.

Hinsichtlich der Blutkryoskopie hat sich gezeigt, daß Kümmell's Axiome nicht aufrecht zu erhalten sind, wonach man bei normalem Gefrierpunkte nephrektomieren dürfe, weil die Erkrankung einseitig sei, bei abnorm erniedrigtem Gefrierpunkte die Nephrektomie sich verbiete, weil doppelseitige Funktionsstörung vorhanden sei. Die Erfahrungen von I. u. a. beweisen, daß normaler Blutgefrierpunkt nicht nur mit doppelseitiger schwerer Erkrankung vereinbar sei, sondern auch bei schwer erkrankten Solitärnieren vorkomme; daß andererseits abnorm starke Gefrierpunktserniedrigung bei einseitigen Affektionen beobachtet werde, welche eine erfolgreiche Nephrektomie gestatten. Nach Rovsing sollen die Angaben der Blutkryoskopie im dritten Teile der Fälle täuschen. Wenn auch diese Schätzung zu hoch ist, sind Kümmell's entgegengesetzte Angaben nicht beweisend, weil er nie versucht hat, im Widerspruche zu den Ergebnissen der Kryoskopie zu nephrektomieren. Man kann daher im Vertrauen auf die Blutkryoskopie sowohl Pat. mit normalem Gefrierpunkt an Insuffizienz verlieren, als auch solche mit abnorm erniedrigtem Gefrierpunkt unoperiert zugrunde gehen lassen, die durch Operation noch zu retten waren.

Die Casper-Richter'sche Phloridzinmethode gibt häufig unsichere, ja falsche Resultate: Richtig sei, daß meistens die kranke Niere weniger Zucker ausscheidet als die gesunde, obwohl bei Untersuchung während eines kurzen Zeitraumes auch das Umgekehrte vorkommt. Doch können die dadurch erhaltenen Aufschlüsse nicht sehr ins Gewicht fallen, da bei I.'s 74 operierten Nierentuberkulosen die Seite der tuberkulösen Erkrankung sich stets ohne die funktionellen Methoden feststellen ließ. Sehr irreführend ist es, daß zuweilen die Zuckerausscheidung auf beiden Seiten ausbleibt, trotz völliger Funk-

tionsfähigkeit einer Niere. Bei solchem Verhalten hat I. fünfmal mit Glück nephrektomiert. Ebenso kann die Zuckerreaktion an einem Tage fehlen, am nächsten vorhanden sein, oder vor der Nephrektomie fehlen, um nachher aufzutreten. Im Vertrauen auf Casper's Lehre von der Bedeutung der fehlenden Zuckerausscheidung hätte man nicht wenig Menschen unoperiert zugrunde gehen lassen, die durch die Operation gerettet sind. Viel wichtiger aber ist, daß die Casper-Richter'sche Phloridzinmethode ihre wichtigste Aufgabe, uns über den Funktionswert der beiden Nieren aufzuklären, nicht erfüllt. Weder das Verhältnis, noch die absolute Größe der während eines kurzen Zeitraumes ausgeschiedenen Zuckermengen gestatten einen Schluß auf das funktionelle Wertverhältnis der beiden Nieren. Zum Beweise führt I. Beispiele aus seiner Beobachtung von Nierentuberkulosen an.

Da häufig Urin neben dem Ureterkatheter in die Blase fließt, lassen sich oft die von jeder Niere gelieferten Harnmengen nicht bestimmen, wodurch eine quantitative Zuckerbestimmung illusorisch wird. Deshalb hat Kapsammer statt ihrer den Zeitpunkt des Eintrittes der Zuckerreaktion zum Maßstabe der Funktionsfähigkeit gewählt. I. weist aber an seinen eigenen, Rovsing's und Albarran's Erfahrungen nach, daß Kapsammer's Gesetze nicht maßgebend für oder wider den Entschluß zur Nephrektomie sein können.

Die Harnkryoskopie hat nur einen Wert bei genauer Kenntnis der von jeder Niere gleichzeitig abgesonderten Harnmengen, weil nur die Produkte aus Menge und Gefrierpunkt, die sog. Valenzen, das Verhältnis der Arbeitsgrößen beider Nieren zum Ausdruck bringen. Die Feststellung dieses Wertes scheitert häufig an dem Vorbeifließen unkontrollierbarer Harnmengen neben dem Ureterkatheter. Aber auch bei Vermeidung dieser Fehlerquelle durch Anwendung des Luys'schen Segregators brauchen die richtig berechneten Valenzen kein richtiges Bild von dem Funktionsverhältnis beider Nieren zu geben. I. gibt ein Beispiel von gleichen Valenzen beider Seiten, trotzdem eine Niere schwer tuberkulös, die andere gesund war.

Solche Beobachtungen zeigen den prinzipiellen Fehler der bisherigen funktionell-diagnostischen Methoden, nämlich die Verwechslung der Nierenarbeit während einer kurzen Tätigkeitsphase mit der wirklichen Funktionsfähigkeit. Das sind gänzlich verschiedene Dinge: Während eines kurzen Zeitraumes können beide Nieren dasselbe leisten, während zwischen ihrer Funktionsfähigkeit ein großer Unterschied besteht. Die Funktionsfähigkeit ist eine latente Größe. Das wahre Wertverhältnis beider Nieren offenbart sich daher erst in der Verschiedenheit ihres Verhaltens gegenüber maximaler Inanspruchnahme ihrer Funktion: Je stärker man die Nierentätigkeit durch Getränke und Nahrung provoziert, desto weiter bleibt die schlechtere Niere in ihrer Sekretionsgröße hinter der besseren zurück. Erst nach maximaler Steigerung der Sekretion jeder Niere kann man aus der Differenz der beiderseitigen Leistungen einen Einblick in die Größe und das Ver-

hältnis der beiderseitigen Funktionsfähigkeit gewinnen. Diesen von I. schon vor 3 Jahren ausgesprochenen Gesichtspunkt hat auch Albarran seiner Methode zugrunde gelegt.

I. wendet sich dann zur Beweiskraft der Statistik.

Wenn die Besserung der Resultate auf der funktionellen Diagnostik beruhte, müßte sie bei denen fehlen, welche sie nicht anwenden, oder unabhängig von ihren Ergebnissen handeln.

Zu diesen Unabhängigen gehören Rovsing und I. Rovsing's rein operative Mortalität bei der Nierentuberkulose betrug vor 1901 14,2%, nach 1901 3,3%. Bei I. betrug die Summe der operativen und der gesamten Fernmortalität vor 1901 28%, nach 1901 nur 10%. Demnach sind große Fortschritte unabhängig von der funktionellen Diagnostik gemacht worden. Auch der mit diesen Methoden verbundene Ureterkatheterismus kann die Fortschritte nicht völlig erklären. Morris und Bazy, die den Ureterkatheter bei der Tuberkulose überhaupt nicht anwenden, haben ebenso große Fortschritte gemacht. Morris' frühere Mortalität von 27,7% ist seit 1901 auf 15% zurückgegangen, und Bazy hat seit 1890 eine Mortalität von 6,6% erreicht, eine der günstigsten bekannten. Auch bei I.'s Resultaten ist der Einfluß des Ureterkatheterismus ziffernmäßig nicht erweisbar. Das Mortalitätsprozent war das gleiche bei den Fällen mit und ohne Ureterkatheterismus. Deshalb kann dieser höchstens einen kleineren Teil der Fortschritte erklären. Nach Erbringung des Nachweises großer Fortschritte unabhängig von der funktionellen Diagnostik fragt es sich, ob die Resultate ihrer Anhänger noch bessere sind als die der Gegenpartei. Eine genaue statistische Gegenüberstellung der aus gleicher Zeit stammenden Nephrektomien mit und ohne funktionelle Diagnostik beweist das Gegenteil, sofern die Mortalität der erstgenannten 14,4%, die der letztgenannten 13,1% beträgt.

Im Gegensatze dazu hatte Casper berechnet, daß die Nephrektomien bei Tuberkulose ohne funktionelle Diagnostik 21,7% Mortalität gäben, die mit funktioneller Diagnostik nur 10%, und daraus den Schluß auf die Wirksamkeit dieser Untersuchungsmethode gezogen. Casper's statistische Zahlen sind ohne Wert, weil er Resultate aus ganz verschiedenen Zeitperioden einander gegenübergestellt hat; auf der einen Seite stehen die frühen und frühesten Resultate der älteren Operateure, welche den Kampf gegen die Nierentuberkulose zuerst aufgenommen haben und sich ihre eigenen Wege bahnen mußten; auf der anderen Seite die jüngeren, welche aus den Erfahrungen der älteren erst gelernt haben. Inzwischen haben aber auch die älteren aus ihren eigenen Erfahrungen Nutzen gezogen, so daß bei der Gegenüberstellung der in diesem Jahrhundert erreichten Resultate die der Anhänger der funktionellen Diagnostik sogar hinter denen der anderen Seite zurückbleiben.

I. sieht die wirklichen Ursachen der Fortschritte in der Behandlung der Nierentuberkulose wesentlich in der veränderten Indikationsstellung, welche im Gegensatze zu früher die Chirurgen veranlaßt, im

möglichst frühen Stadium zu operieren, wodurch die Prognose erheblich besser wird. Denn mit der Dauer des Leidens wächst die Häufigkeit einer toxischen oder tuberkulösen Erkrankung der anderen Niere. Ferner tritt bei langdauernden Tuberkulosen namentlich mit Mischinfektionen stets eine Schädigung des Herzens ein, welche unter dem Einfluß der operativen Schädlichkeiten nicht selten zum Tode durch Herzinsuffizienz oder kardiale Niereninsuffizienz führt. Weiter fallen bei den Frühoperationen die Gefahren fort, die aus den operativen Schwierigkeiten der alten Tuberkulosen erwachsen; und endlich nimmt die Zahl der Ferntodesfälle ab, wenn eine Quelle der Allgemeininfektion durch frühzeitige Nephrektomie verstopft wird. Auch in bezug auf die frühe Diagnose befinden wir uns im Vorteil gegenüber der früheren Zeit, seit wir wissen, daß die Tuberkulose des Harnapparates von der Niere ausgeht, so daß wir bei jeder Blasentuberkulose sofort nach dem Primärherd in der Niere suchen.

Einige weitere Vorteile gewährt uns der Ureterkatheterismus. In seltenen Fällen gestattet er eine frühere Diagnose der erkrankten Seite als mit den anderen Methoden zu erlangen ist; er gibt ferner einen größeren Schutz gegen Nephrektomien bei Mangel der zweiten Niere; endlich gestattet er, durch die Tierimpfung mit dem Harne der besseren Niere festzustellen, ob diese frei von Tuberkulose ist. — Dagegen kann die durch den Ureterkatheter ermöglichte Erkenntnis einer nicht tuberkulösen Erkrankung der zweiten Niere nur in beschränktem Maße zur Besserung der Resultate beitragen, weil die Tatsache der Erkrankung nichts über die Funktionsfähigkeit aussagt. Ein Ausschluß aller solcher Fälle von der Operation würde wohl der Statistik zugute kommen, aber nicht den Kranken. I. hat bei den schwersten Harnveränderungen der zweiten Niere mit Glück nephrektomiert, während er bei geringfügigen Harnveränderungen zweimal urämische Folgezustände beobachtet hat.

Als letzten Punkt bespricht I. den Einfluß der funktionellen Diagnostik auf die Resultate sämtlicher Nephrektomien und kommt zu dem Schluß, daß, wie für die Nephrektomien wegen Tuberkulose, so für alle übrigen die Sterblichkeit unabhännig von der funktionellen Diagnostik abgenommen hat. Während seine ersten 145 Nephrektomien eine Sterblichkeit von 20% hatten, beträgt diese für die letzten 140 noch nicht 11%. Auch mit Hilfe der funktionellen Methoden seien keine besseren Resultate erzielt worden. Kümmell's Mortalität von 6,4% seit Einführung der Kryoskopie sei nur scheinbar niedriger als die I.'s. Der Unterschied liege in der Verschiedenheit des Materiales, sofern die malignen Tumoren mit ihrer alle übrigen Nierenaffektionen übertreffenden Sterblichkeit von 20% unter Kümmell's Nephrektomien nur 6,3% der gesamten Fälle ausmachen, bei I. dagegen 37%. So kommt es, daß bei I. die Todesfälle nach Exstirpation maligner Tumoren 57% sämtlicher Todesfälle nach Nephrektomien repräsentieren. Eliminiert man aus beiden Statistiken die bösartigen Tumoren, um ein

vergleichbares Material zu erhalten, dann beträgt Kümmell's Mortalität 9%, I.'s 8,2%.

Demnach sind die Fortschritte in den Resultaten der Nephrektomien nicht auf den Einfluß der funktionellen Diagnostik zurückzuführen.

Schließlich verwahrt sich I. gegen die Deutung, als ob er mit seinen Feststellungen weitere Bestrebungen auf dem Gebiete der funktionellen Diagnostik entmutigen wolle. Er glaubt im Gegenteil, daß erst die Erkenntnis von der Unzulänglichkeit der bisherigen Methoden die Basis für weitere Fortschritte auf diesem Gebiete bilden kann.

(Selbstbericht.)

---

51) **L. Casper.** Rückblick auf die Nierenchirurgie seit Einführungen des Ureterenkatheterismus.

Seit Einführung des Ureterenkatheterismus durch Autor sind 10 Jahre, seit Einführung der funktionellen Nierendiagnostik durch Autor und Richter 5 Jahre verflossen. Der Ureterenkatheterismus ist eine souveräne Methode für die Diagnostik der Nierenerkrankungen geworden, die auch den Grundstock zur funktionellen Nierenuntersuchung geliefert hat.

Letztere hat Gegner gefunden, deren Einwände Autor zu widerlegen vermag. Der Einwand, daß schon gesunde Nieren Differenzen für Gefrierpunkt (Δ), Harnstoff ($\overset{+}{U}$) und Saccharum (Sa) nach Phloridzininjektion aufweisen, die bei der Beurteilung erkrankter Nieren maßgebend sind, ist nicht stichhaltig, weil diese Differenzen, wie Autor erst jüngst wieder an 100 daraufhin untersuchten Fällen zeigen konnte, niemals einen erheblichen Grad erreichen. Die Werte für Δ, $\overset{+}{U}$ und Sa werden bei gesunden Nieren nicht mathematisch gleich auf beiden Seiten gefunden, stets jedoch annähernd gleich.

Auch der zweite Einwand, daß die Werte für Δ, $\overset{+}{U}$ und Sa bei demselben Falle nacheinander gemessen gleich sein müssen, ist schon durch das Gesetz von Kövesi und Illyes widerlegt, wonach eine Niere um so gesünder und arbeitsfähiger ist, eine um so größere Akkommodationsfähigkeit in bezug auf die Wasseraufnahme sie hat. Diese Schwankungen sind kein Fehler der Methode, sondern erhöhen im Gegenteil den Wert derselben, da eine gesunde Niere gegenüber der kranken erheblich größere Schwankungen in den Werten für Δ, $\overset{+}{U}$ und Sa zeigt.

Dem dritten Einwande, daß schon bei gesunden Nieren zuweilen kein Sa eintritt und demnach Sa kein Maßstab für die Funktionstüchtigkeit der Niere sein kann, kann Autor mehrere Hunderte von Untersuchungen gegenüberstellen, in denen stets Sa erschienen ist. Dort, wo eine Sa-Ausscheidung fehlt oder gering ist, sei das Fehlen von Sa zu erklären durch die manchmal einsetzende Harnflut, hervorgerufen durch Nervosität, durch das zuweilen diuretisch wirkende Phloridzin.

Auch bei Sa gelten nur die Vergleichszahlen der beiden Seiten. In zweifelhaften Fällen ist die Untersuchung mit 0,02 Phloridzin zu wiederholen. Im Bedarfsfalle ist die Narkose anzuwenden.

Die Einführung des Ureterenkatheterismus und der funktionellen Nierendiagnostik hat große Fortschritte in der Nierenchirurgie gebracht. Die Mortalität bei Nephrektomien, die nach Schmieden in den letzten 3 Jahrzehnten 26,9%, im letzten Dezennium 17,4% betrug, ist bedeutend zurückgegangen. Autor selbst hat bei 77 Nierenoperationen, die er seit Einführung des Ureterenkatheterismus ausführte, nur eine Mortalität von 10,4. Unter den 77 Nierenoperationen befinden sich 45 Nephrektomien mit einer Mortalität von 13,3. Darunter sind 24 Tuberkulosen.

Israel hatte früher 28% Mortalität bei der Tuberkulose, jetzt ist sie ähnlich der Statistik des Autors heruntergegangen. Die Ursachen sind zum Teil in Verbesserung der Technik, besserem Verständnis über die Erkrankung, zum größten Teil aber auf die Anwendung der modernen Untersuchungsmethoden zurückzuführen, die Israel in einer Reihe von Fällen benutzt hat. Rovsing's gute Resultate sind offensichtlich dem Ureterkatheterismus zu verdanken, den er zusammen mit der vergleichenden $\overset{+}{U}$-Bestimmung in Anwendung bringt.

(Selbstbericht.)

---

52) **Pels-Leusden** (Berlin). Zur Frage der experimentellen Erzeugung der Nierentuberkulose.

Die bisherigen experimentellen Untersuchungen über die hämatogene Entstehung der Nierentuberkulose litten an dem Mangel, daß bei dem gewählten Infektionsmodus, vom Herzen, der Aorta, dem Venensystem aus, nicht allein Tuberkulose meist beider Nieren, sondern auch noch zahlreicher anderer Organe sowohl des übrigen Körpers, als auch des Urogenitaltraktus erzeugt wurden, so daß nicht mit Sicherheit Tuberkulose des Ureters, der Blase usw. als sekundär, absteigend von der Niere aus entstanden angesprochen werden konnte. Vortr. hat denselben Weg beschritten, den Friedländer bei seinen Untersuchungen über Knochen- und Gelenktuberkulose gewählt hat, indem er Aufschwemmungen von Tuberkelbazillen-(Rindertuberkulose) Reinkulturen in Olivenöl mittels Einstiches mit Pravaz'scher Spritze direkt in die Nierenarterie ohne nachträgliche Abbindung des Gefäßes einspritzte, und zwar bei Ziegen und Hunden: Nur in einem Fall entstand eine Mischinfektion, in allen anderen (neun) eine einseitige Nierentuberkulose, zweimal eine ganz isolierte Nierentuberkulose, also Nierentuberkulose ohne Tuberkulose irgendeines anderen Organes, während in den übrigen noch mehr oder weniger ausgedehnte Lungentuberkulose entstand. Präparate der verschiedenen Fälle in Gestalt von Ganzdurchschnitten der gesunden und der kranken Niere werden demonstriert. In keinem Falle war — längste Beobachtung 169 Tage nach der Infektion — eine absteigende Tuberkulose entstanden, was

entweder auf zu geringem Bazillengehalte des Urins oder auf dem Mangel an Schleimhautläsionen in Ureter, Blase usw. zurückgeführt wird. Vortr. glaubt, daß es gelingen wird, wenn man einseitige oder gar isolierte Nierentuberkulose erzeugen könne, die Krankheit von ihren ersten Anfängen an zu beobachten und durch genaue Untersuchung des getrennt aufgefangenen Urins von gesunder und kranker Niere Aufschlüsse über die funktionelle Nierendiagnostik und vielleicht auch für die Therapie zu gewinnen. (Selbstbericht.)

Diskussion über 49—52.

Kümmell (Hamburg) hat niemals einseitig eine Methode zur Feststellung der Nierenfunktionsfähigkeit benutzt. Auch er ist ein begeisterter Anhänger des Ureterenkatheterismus und hat niemals Nachteile davon gesehen. Von den funktionellen Methoden bevorzugt er die Kryoskopie. Findet er eine gesunde und eine kranke Niere, so operiert er ohne weiteres. Sind beide Nieren erkrankt, so wird die schwerer erkrankte freigelegt, der Gefrierpunkt bestimmt und danach entschieden. Ist er zu niedrig, dann macht K. nur die Nephrotomie und wartet, bis die andere Niere sich erholt hat, worauf dann die Exstirpation vorgenommen wird. Der Gefrierpunkt von 0,6 als obere Grenze ist nach empirischen Grundsätzen gefunden und hat sich bewährt. Seit Einführung der Kryoskopie hat K. eine erhebliche Besserung der Mortalität bei Nephrektomie erzielt. Die Differenzen zwischen seinen Beobachtungen und denen mancher Autoren können nur auf verschiedener Technik beruhen. K. betont die Schwierigkeit derselben und wie auch er von mehreren Herren mehrfache Untersuchungen vornehmen läßt.

Kapsammer (Wien) hält die Kryoskopie des Harnes für überflüssig, die Harnstoffbestimmung leiste dasselbe. Auch hat er schwere Erkrankungen beider Nieren gesehen, wobei ein normaler Gefrierpunkt vorhanden war. Dagegen hält er die Methylenblaumethode in Verbindung mit dem doppelseitigen Ureterenkatheterismus für äußerst wertvoll. Die Phloridzinprobe sollte mit Rücksicht auf die Zeit des Auftretens des Zuckers weiter geprüft werden.

Völcker (Heidelberg) erwähnt, daß Czerny die Indigkarminprobe beibehalten hat. Derselbe hält sie mit und ohne Ureterenkatheterismus für wertvoll.

Cohn (Königsberg) fragt nach der Größe der Fehlergrenzen der Gefrierpunktsmethode. Sie lasse der Willkür des Beobachters großen Spielraum. Der Grad der Kältemischung ist besonders wichtig. Der als normal bezeichnete Gefrierpunkt von — 0,56 ist nicht der wirkliche, sondern nur der scheinbare. Wenn man nicht alle Kautelen streng beobachtet, schwanken die Zahlen um mehrere Hundertstel von Zentimetern. Überhaupt zeigt die Blutkonzentration an sich nicht an, ob die Niere normal funktioniert oder nicht.

E. R. W. Frank (Berlin) ist für die Segregationsmethode, besonders in Fällen, wo der Ureterenkatheterismus nicht auszuführen ist, dessen Nachteile überdies bekannt sind. F. hat an denselben Individuen den Katheterismus und die Segregation gemacht und gefunden, daß durch erstere die Nierentätigkeit in polyurischer Beziehung stärker beeinflußt wird als durch letztere.

Rumpel (Berlin) betont, daß die Konstanz des normalen Gefrierpunktes (0,55—0,57) unter Warmblütern beobachtet wird. Die normale Konzentration zeigt natürlich nicht, daß die Nieren gesund sind, sondern nur, daß noch genügend funktionsfähiges Parenchym da ist.

Kocher (Bern) fragt Rovsing, warum er auch in Fällen, wo der Harnsegregator ein positives Resultat ergibt, diesen verwirft? Hier sei der Ureterenkatheterismus ganz überflüssig. Auch wünscht K. zu wissen, was Rovsing in Fällen, wo der Ureter schwer erkrankt sei, anfängt, ob er ihn fortnehme oder Spontanheilung abwarte?

Nicolich (Triest) hat unter 35 Nephrektomien eine Mortalität von 17,1%. N. trennt den Harn beider Nieren zur Untersuchung mittels Ureterenkatheterismus, Nierenmassage und Kompression des Ureters der anderen Seite. Er glaubt so andere Methoden entbehren zu können. Mit seinen Dauerresultaten ist N. ebenfalls zufrieden.

Barth (Danzig) steht auf demselben Standpunkte wie vor 2 Jahren. Er hält die Kryoskopie für zuverlässig und glaubt nicht, daß das zeitweilige Ausbleiben der Reaktion bei derselben ein Grund sei, die Methode ganz zu verwerfen.

Straus (Frankfurt a. M.) zitiert Fälle aus seiner Praxis, wo nur die funktionelle Methode eine Frühdiagnose ermöglichte, darunter einen Nierentumor mit Hämaturie, ein Hypernephrom, Nierensyphilis.

Götzl (Prag) hat Tierversuche an Kaninchen und Meerschweinchen zur Erzeugung von Nierentuberkulose mittels Injektion von Tuberkelbazillen in die Ohrvene gemacht. Nach Monaten konnte er eine beginnende Tuberkulose der Nieren feststellen.

Rovsing (Kopenhagen) ist durch Casper's und Kümmell's Ausführungen nicht überzeugt worden. Es ergehe den Nieren wie den Menschen im allgemeinen; sie arbeiten nicht immer soviel wie sie könnten. Die Physiologen würden über die aus den funktionellen Methoden gezogenen Schlußfolgerungen lächeln. Die Kryoskopie verwirft R. gänzlich, weil durch sie Fälle von der Operation ausgeschlossen werden, die noch zu operieren gewesen wären. Auch ist diese Methode viel zu schwierig, um klinisch verwertet zu werden. Harnstoff- und Phloridzinprobe sind bei positivem Resultate zu gebrauchen. Der Harnleiterkatheterismus darf nicht durch den Segregator ersetzt werden, letzterer jedenfalls nur in Verbindung mit ersterem zur Anwendung kommen, da sonst falsche Schlüsse auf doppelseitige Nierenerkrankung entstehen könnten.

Den tuberkulösen Ureter entfernt R. niemals. Er unterbindet ihn und leitet ihn nach außen, worauf fast stets Spontanheilung, event. nach Monaten, zustande kommt. **Jaffé** (Hamburg).

---

53) **Zondek** (Berlin). Zur Lehre von der Wanderniere.

Der Begriff Wanderniere ist bisher nicht einheitlich festgestellt. Man betrachtet zweckmäßig gesondert zwei Gruppen:

1) Die unzweifelhaft kongenitalen Heterotopien der Niere, wobei die Niere abnorm in der Form, abnorm in der gesamten Disposition, nicht allein nach unten, sondern auch medialwärts und nach vorn verlagert ist; diese Fälle kommen sehr selten vor.

2) Die übrigen, sehr zahlreichen, in der Literatur als Wanderniere beschriebenen Fälle. In bezug auf diese stellt Z. fest, daß der palpatorische Nachweis eines noch so großen Teiles der Niere, ja selbst der ganzen Niere an sich noch keine Krankheit beweist. Der Vortr. begründet dies eingehend und weist auf eine exakte Indikationsstellung der Nephropexie hin. (Selbstbericht.)

---

54) **Jordan** (Heidelberg). Über renale und perirenale Abszesse nach Furunkeln oder sonstigen kleinen peripheren Eiterherden.

Nach 12 einschlägigen Beobachtungen des Vortr. handelt es sich bei den metastatisch entstehenden renalen und perirenalen Abszessen um eine typische, stets gleichartige Erkrankung, die der akuten Osteomyelitis und ähnlichen hämatogen entstehenden Entzündungsprozessen an die Seite gestellt werden kann. In der Regel ist nur eine Niere Sitz der Eiterung, die sich in der Rinde etabliert, zumeist liegt ein solitärer Abszeß vor. Ein Zusammenhang des Eiterherdes mit dem Nierenbecken besteht in den ersten Stadien nicht; infolgedessen bleibt der Urin lange Zeit normal. Der Durchbruch des Eiters nach außen oder innen erfolgt nur sehr langsam, oft erst nach vielen Wochen.

Die Eingangspforte der Infektion war in allen 12 Fällen nachweisbar, und zwar 5mal in Form eines Furunkels, 3mal eines Panaritiums, 2mal eiternder Schnittwunde, 1mal eines phlegmonösen subkutanen Abszesses, 1mal eines akuten Hodenabszesses. Das freie Intervall betrug 1—4 Wochen. Meist nach Abheilung des peripheren Eiterherdes stellten sich die Allgemeinerscheinungen ein in Form von Fieber, Schmerzen unbestimmter Art in der Seite, gastrischen Störungen. Die Schmerzen lokalisieren sich allmählich in der Gegend des Krankheitsherdes. Objektiv ist außer einem charakteristischen Druckschmerz unterhalb der 12. Rippe lange Zeit nichts nachweisbar; bis zum Auftreten einer Anschwellung in der Nierengegend können Wochen vergehen. Die Allgemeinerscheinungen können so sehr im Vordergrunde stehen, daß oft ein internes Leiden (Typhus,

Pleuritis usw.) angenommen wird. Für die Frühdiagnose, d. h. die Erkennung des intrarenalen Abszesses sind folgende Momente entscheidend:

1) der Nachweis der Eingangspforte,
2) der Druckschmerz unterhalb der 12. Rippe,
3) die event. Vergrößerung der Niere,

Die Prognose ist bei rechtzeitigem Eingreifen günstig: in allen 12 Fällen wurde Heilung erzielt.

Therapeutisch empfiehlt es sich, nicht abzuwarten bis der Eiter an die Oberfläche gerückt ist, sondern man soll sofort nach gestellter Diagnose die Niere freilegen und den Abszeß eröffnen und drainieren. Von den 12 Pat. des Vortr. sind 9 nach einfacher Inzision des intrarenalen oder perirenalen Abszesses geheilt und jetzt vollständig gesund; bei einem $7^1/_2$jährigen Kinde erfolgte spontaner Durchbruch des Eiters ins Kolon und damit die Heilung; bei 2 Kranken mußte die sekundäre Nephrektomie gemacht werden, die von Heilung gefolgt war.

Aus den Erfahrungen des Vortr. ergaben sich folgende Schlußsätze:

1) Intrarenale und perirenale pyogene Abszesse als einzige Metastase von peripheren Eiterherden eingeleiteter hämatogener Infektion sind viel häufiger als man bisher angenommen hat und verdienen größere Beachtung, namentlich seitens der praktischen Ärzte, denen die Anfangsstadien zur Beobachtung kommen.

2) Für die Frühdiagnose derselben entscheidend sind der Nachweis der Eingangspforte, der lokale Druckschmerz, die event. Vergrößerung der Niere.

3) Der intrarenale Abszeß soll vor dem Durchbruch aufgesucht und drainiert werden. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Israel (Berlin) rät auch, frühzeitig zu operieren. Die Schwierigkeiten liegen nur in der Diagnose. In drei Fällen konnte I. einen positiven Urinbefund (rote Blutkörperchen usw.) erheben. Hier war der Entschluß zum operativen Eingriffe leicht. Als Eingangspforte der Infektion hat I. außer den von Jordan erwähnten noch in einem Falle die Nasenschleimhaut beobachtet.

Riedel (Jena) sah wesentlich peri- oder retrorenale Abszesse nach Furunkeln an den Fingern. Jaffé (Hamburg).

H. Schnitzler (Wien) hat drei analoge Fälle beobachtet. In zwei dieser Fälle war bemerkenswert, daß leichte Traumen das Entstehen der paranephritischen Eiterung auslösten. Einmal war es eine Zerrung der Lendengegend, das andere Mal eine forcierte Bergtour (bei gleichzeitig bestehenden granulierenden Wunden), an welche sich die Paranephritis anschloß. Es stimmt dies mit seinerzeit — Chirurgenkongreß 1899 — mitgeteilten Versuchen S.'s überein, in welchen S.

durch leichte Quetschung der Nierengegend von Kaninchen, denen längere Zeit vorher intravenös Staphylokokken injiziert worden waren, aus latenten Nierenabszeßchen schwere paranephritische Eiterungen hervorrufen konnte. (Selbstbericht.)

55) **Albrecht** (Wien). **Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie der Hypernephrome.**

A. berichtet über Beobachtungen an 27 Fällen von Hypernephroma malignum. Aus der Symptomatologie dieser Tumoren wird hervorgehoben, daß viermal eine Knochenmetastase das erste Symptom der Erkrankung war. Das Suchen nach Tumorzellen im Harnsedimente war ohne Erfolg. Auch durch verschiedene Arten der Palpation konnte ein Tumor öfters nicht nachgewiesen werden, wo die Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung der Metastase gestellt war. Deshalb wird in solchen Fällen, wenn sie sich überhaupt noch zur Operation eignen, die probeweise Freilegung beider Nieren empfohlen, um die kranke Seite zu eruieren.

Von den 23 Pat., bei denen die Nephrektomie ausgeführt wurde, starben 8 im Anschluß an die Operation, 8 an lokalem Rezidiv oder Metastasen, 1 an Lungenphthise; das Schicksal einer Kranken ist unbekannt, 5 leben. Von diesen sind bei dreien noch nicht 3 Jahre nach der Operation vergangen, einer lebt $5^3/_4$, einer 4 Jahre nach der Operation.

Die Prognose wird durch das diesen Geschwülsten eigentümliche Auftreten von Spätmetastasen ungünstig beeinflußt. Es wurden 3 derartige Fälle beobachtet; einmal zeigten sich im 8., zweimal im 5. Jahre nach der Operation Metastasen.

Charakteristisch für die malignen Hypernephrome scheint die Bildung singulärer Metastasen in Knochen zu sein, wofür zwei Obduktionsbefunde Belege bieten. In einem 3. Falle wurde eine Metastase in der Scapula mit Erfolg entfernt; in den $1^1/_2$ Jahren nach dieser Operation hat sich keine neue Metastase gezeigt. Die Exstirpation ist daher indiziert.

Die malignen Hypernephrome metastasieren mit großer Vorliebe in den Knochen; wir sollen daher bei Knochentumoren an Pat. mittleren Alters stets an die Möglichkeit einer Hypernephrommetastase denken. Sehr häufig sind Lungenmetastasen, sichergestellt auch Drüsenmetastasen.

In einem Falle wurde Ossifikation einer Metastase im Hinterhauptbein beobachtet, in einem anderen Falle Kombination von Hypernephrom und Tuberkulose in einem Tumor der Niere.

(Selbstbericht.)

56) **A. Neumann** (Berlin). Retroperitoneales Lipom der Nierenfettkapseln im Kindesalter.

$3^3/_4$jähriges Kind zeigte im 13. Lebensmonat eine im linken Hypochondrium beginnende, dann sich über das ganze Abdomen erstreckende gleichmäßige Auftreibung des Leibes. Der Leibesumfang betrug schließlich 63 cm in der Nabelhorizontalen. Das Leiden war zuerst als tuberkulöse Peritonitis aufgefaßt worden. Wegen der ungewöhnlichen Dämpfungsverhältnisse — die linke Bauchseite war vollkommen gedämpft, die Regio epigastrica dextra und die Regio lumbalis dextra ergaben hellen tympanitischen Schall —, ferner wegen der fehlenden Verschieblichkeit der Dämpfungsgrenze bei Lageveränderung und weil eine Probepunktion keinen flüssigen Inhalt ergeben hatte, schließlich wegen des Beginnes in der Regio hypochondrica sin. war die linke Niere als Ausgangspunkt angenommen worden.

Probelaparotomie in der Linea alba. Kein freier Erguß in der Bauchhöhle, enormer Tumor, welcher die ganze Bauchhöhle ausfüllte, retroperitoneal hinter dem Magen, Colon transversum und Colon descendens gelegen. Colon descendens medianwärts verlagert. Naht der Laparotomiewunde. Darauf linker lumbaler Querschnitt. Extraperitoneale Entwicklung eines zweimannskopfgroßen Lipoms. Nur zuletzt Bauchhöhle in Handtellergröße eröffnet. Niere von Fettkapsel entblößt, sonst intakt, ebenso der Ureter an der hinteren Wand der Wundhöhle. Colon descendens, in der vorderen Wand der Wundhöhle vollkommen der ernährenden Gefäße beraubt, wird 18 cm weit, d. h. in toto reseziert. Vereinigung des Lumens des Colon transversum mit dem des S romanum durch zweireihige Naht. Vollkommene Vernähung der Bauchhöhle nach Extraperitoneallagerung der die Naht begrenzenden Dickdarmschlinge und Entlastung der Nahtlinie von dem Zuge des nach unten strebenden S romanum durch zweckentsprechende plastische Verlagerung der Ränder der Peritonealwunde und zugleich Annäherung der Fußpunkte der extraperitoneal gelagerten Dickdarmschlinge.

Exstirpierter Tumor fast 7 Pfund schwer, reines Lipom. Heilung.

Der beschriebenen Sicherung der Bauchhöhle und der Darmnaht, sowie der Vermeidung des Choks durch die extraperitoneale Entfernung des Tumors wird der günstige Ausgang zugeschrieben.

Eingangs wird die relative klinische Bösartigkeit der retroperitonealen Lipome, Fibrome, Myxome und die Seltenheit dieser Tumoren im allgemeinen, speziell die Seltenheit dieser Tumoren im Kindesalter hervorgehoben. (Selbstbericht.)



Gliedmaßen.

57) **Sprengel** (Braunschweig). Ein Fall von blutiger Einrenkung des Radiusköpfchens.

S. demonstriert einen 9jährigen Knaben, der wegen irreponibler, isolierter Luxation nach vorn mit vollem Erfolg operiert wurde, und knüpft folgende Bemerkungen an den Fall:

1) Die Operation ist nur anwendbar für unkomplizierte Fälle, nicht dagegen bei vorgeschrittenen arthritischen Veränderungen, vermutlich auch nicht bei gleichzeitiger Fraktur der Ulna.

2) Als Normalschnitt ist zu empfehlen die Inzision an der Vorderseite des Supinator longus; reicht sie nicht aus, um die Interposition vollständig zu beseitigen, so tut man gut, wie in dem demonstrierten Falle geschehen, einen zweiten Längsschnitt zwischen Triceps und Supinator longus anzulegen.

3) Einer besonderen Fixation des Kopfes bedarf es nicht, sobald jedes Hindernis beseitigt ist.

4) Der Nahtverschluß ist nicht prinzipiell anzustreben; die bei Tamponade eintretende umschriebene Sekretion ist vielfach sicherer und hat für die Gelenkfunktion keine nachteilige Bedeutung.

(Selbstbericht.)

---

58) **C. Thiem** (Cottbus). Über die Größe der Unfallfolgen bei der blutigen und unblutigen Behandlung der einfachen (subkutanen) Querbrüche der Kniescheibe.

Seit Ende der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts ist mit Aufnahme der Naht von Kniescheibenbrüchen ein Streit darüber unter den Chirurgen ausgebrochen, ob diesem oder dem alten, damals durch die Wiederaufnahme der angeblich Wunder wirkenden Massage bereicherten unblutigen Verfahren der Vorzug gebühre. Ungefähr um dieselbe Zeit, oder doch wenig vorher, waren auch erst knöcherne Heilungen bekannt, auf die noch Pribac einen Preis von 100 Louisdor ausgesetzt hatte, und die Hamilton unter 125 selbst behandelten und im Jahre 1880 mitgeteilten Fällen nicht erlebt hatte.

Nach den Studien von Hackenbruch, v. Bergmann, Körte und neuerdings von Schmidt aus der v. Mikulicz'schen Klinik über die normalen anatomischen und pathologischen Verhältnisse des Kniegelenkstreckapparates steht es fest, daß das Lig. patellae inferius durchaus nicht die einzige Fortsetzung des Streckapparates ist, sondern daß nebenbei noch sehnige, der Spannkraft von Streckmuskeln (Tensor fasc. lat., dartos usw.) unterworfene oberflächliche und tiefe Faserzüge, sowie auch muskulöse Teile vorhanden sind, wie z. B. die die

Kniegelenkkapsel spannenden und dadurch streckend auf deren Ansatz wirkenden Mm. subcrurales. Daher kann die Kniescheibe ganz fehlen, wie das Herauspräparieren an der Leiche, am Lebenden wegen tuberkulöser Caries und bei angeborenem Mangel dieses Sesambeines beweist, ohne daß die Streckfähigkeit dadurch wesentlich zu leiden braucht, was scheinbar wunderbare Fälle verhältnismäßig guter Streck- und Beugebewegung bei weit klaffenden Bruchstücken der Kniescheibe erklärt. In diesen Fällen ist eben der Reservestreckapparat unversehrt geblieben.

Was die blutigen Verfahren bei der Behandlung anlangt, so kommt die Punktion, da sie eine bloß vorbereitende Maßnahme zum Annähen der Bruchstücke darstellt, als selbständige Methode wohl nicht mehr in Frage. Auch die v. Bruns'sche Schraube, sowie das Annageln der Bruchstücke mit wagerechtem Aneinanderschrauben oder Binden der senkrecht eingetriebenen Schrauben oder Nägel, sowie das wagerechte Zusammenschnüren senkrecht in die Quadricepssehne und das Lig. patellae eingestochener Nadeln oder Metallstifte nach Andersen und Robson können, abgesehen davon, daß man von der Anwendung dieser Methoden in der neueren Zeit kaum noch etwas hört, nicht wohl mehr als blutige Verfahren gelten. Dasselbe gilt von der Malgaigne'schen Klammer, deren Abänderung nach Trélat (die Haken werden nicht in Haut bezw. Kniescheibe, sondern in oberhalb und unterhalb der letzteren aufgelegte Kautschukplatten eingeschlagen) jedoch gelegentlich noch Verwendung findet. Auch das erste Nahtverfahren, von v. Volkmann als Sehnennaht bezeichnet und schon 1868 angewandt, wird nicht mehr geübt.

Es wurde durch die Quadricepssehne und das Kniescheibenband je eine flach — um das Gelenk nicht zu verletzen — eingeführte Fadenschlinge quer durchgezogen und diese beiden Fadenschlingen wurden in der Längsrichtung vor der Kniescheibe geknotet, dann wurde ein Gipsverband angelegt und mit einem Fenster versehen, um die Fäden sofort wieder herauszuziehen. In zwei Fällen erfolgte gute, einmal wahrscheinlich knöcherne Heilung, während der dritte Pat. an Pyämie starb, weil der eine Faden zu tief — mitten durch das Gelenk — gezogen war.

Es folgte im Mai 1877 die erste offene Naht mit Silberdraht bei einem alten Bruche durch Cameron in Glasgow, Ende 1887 eine gleiche Naht bei einem frischen Bruche durch Lister mit Drainage des Gelenkes durch Pferdehaare und am 9. Februar 1878 eine Metallnaht durch Trendelenburg ohne Gelenkdrainage. Trendelenburg ist einer der unermüdlichsten Vorkämpfer der offenen Naht geblieben, und das von ihm angegebene Verfahren wird noch heute von den meisten Operateuren geübt. Der eine zieht diesen, der andere jenen Metalldraht vor. Wagner benutzte 1886 Catgut bei einem alten Fall, und seit 1897 benutzt Franz König dieses Material bei der Knochennaht abwechselnd mit Seide, bei der sorgfältig vorzunehmenden Naht des präpatellaren Gewebes ausschließlich.

Vallus näht den Knochen gar nicht, sondern nur den Kapselriß und den Seitenstreckapparat mit Draht, v. Mikulicz wendet bei der Knochennaht nur Metalldraht, bei der stets gleichzeitig geübten parapatellaren Naht verschiedenes Nahtmaterial an. Bärlocher empfiehlt nur die parostale und Kapselnaht, und Büdinger ebenfalls nur die para- und präpatellare Naht. Auch Ref. hat seit 1897 nur die para- und präpatellare Catgutnaht angewandt und in zwölf Fällen elfmal knöcherne und einmal straffe bindegewebige, nur durch das Röntgenbild als solche erkennbare Vereinigung erzielt. Nach des Ref. Ansicht macht der versenkte Draht doch bisweilen Störungen und wirkt auch bei Unfallverletzten suggestiv ungünstig.

Ceci legt die im ganzen quer wirkende Drahtnaht von kleinen Hautstichen subkutan an.

Kocher empfahl 1880 — unter dem Eindrucke der damals noch gefährlich erscheinenden Eröffnung des Gelenkes — seine halb subkutane peripatellare Naht. Es wurde eine mit Silberdraht versehene Nadel unter der Kniescheibe eingestochen, über derselben herausgezogen und nun der Draht über Krüllgaze geknotet, in einigen Tagen nachgezogen und nach Zusammenheilen der Bruchstücke entfernt. Barker knüpfte den Silberdraht bei der peripatellaren Naht nicht auf, sondern unter der Haut und ließ ihn versenkt liegen. Riedel benutzt zu dem gleichen Verfahren Catgut.

Als Berger in Paris sah, daß beim Anbohren eines kleinen unteren Bruchstückes dieses zerbröckelte, legte er den Silberdraht, der flach und quer durch das Lig. patellae und die Quadricepssehne geführt wurde, horizontal nach Art eines Faßreifens um die Kniescheibe. Er bezeichnete das Verfahren als »Cerclage«. Lejars benutzte es bei Splitterbrüchen und Quénu führte bei einem großen und kleinen Bruchstücke durch das erstere eine Quernaht, mit der er halbkreisförmig das kleine Bruchstück umschlang = »Hemicerclage«. Heusner bewirkt die Cerclage subkutan, ebenso wie Butcher und Macdonald. Roberts beschreibt dasselbe Verfahren, bei dem er viermal aus- und einsticht, als Tabaksbeutelnaht.

Die unblutigen Verfahren, soweit sie nicht schon erwähnt sind, bezwecken die Annäherung und das Aneinanderhaften der Bruchstücke durch besondere Apparate, deren Berger schon 90 zusammenstellen konnte, durch geeignete Hochlagerung, Sitzen im Bett, Aufhängen des Beines, durch Heftpflasterverbände in Dachziegel-, Schildkröten- und Schmetterlingsform, durch vorläufiges Miteingipsen der die Bruchstücke zusammendrängenden Finger des Assistenten, durch Fensterung des Gipsverbandes, unter dessen oberen Fensterrand länglich Watte geschoben wird, um das untere Bruchstück herunter zu drängen, durch den Streckverband in geeigneten Fällen (Bardenheuer, der aber auch vielfach die Naht macht, und Lichtenauer). Der Streckverband empfiehlt sich namentlich zur Dehnung des Quadriceps als Vorbereitung zur Naht alter Brüche.

Die mechanische und Massagebehandlung besitzt ihren unverkennbaren Wert als frühzeitig einzusetzendes Hilfsverfahren zur Verhütung der Versteifung des Gelenkes und Abmagerung der Streckmuskulatur, ebenso wie die frühzeitigen, möglichst schon von der 3. Woche anzustellenden Gehversuche (Kraske, Zum Busch, Trendelenburg, v. Mikulicz), niemals aber können sie allein zur eigentlichen Heilung eines durch den ganzen Streckapparat gehenden Querrisses und Querbruches der Kniescheibe etwas Wesentliches beitragen oder gar eine knöcherne Heilung herbeiführen.

Kommen solche Heilungen ohne Naht vor, so war der Streckapparat nicht völlig durchrissen, und die Heilung wäre auch ohne Massage erfolgt.

Man soll daher dem Verletzten nach Beseitigung des Blutergusses aufgeben, die Ferse vom Bette zu erheben, indem man ihn an der großen Zehe anfaßt, damit er das Gefühl hat, man hebe mit, wenn es auch gar nicht geschieht; auch schiebe man die andere Hand unter die Ferse. Kann der Verletzte das Bein mit gestrecktem Knie, wenn auch nur wenig, erheben, so wird er die Streckfähigkeit auch ohne Naht behalten und verstärken lernen. Ob bei Klaffen der Bruchstücke diese ohne Naht zur knöchernen Verheilung gelangen können, hängt davon ab, daß keine Sehnenfetzen zwischen den Bruchstücken eingeklemmt sind, was, wie anderwärts, so auch hier die häufigste Ursache für die Pseudarthrosenbildung abgibt. Da aber nur das Öffnen des Gelenkes Aufschluß über Einklemmung von Sehnenfetzen gibt, so ist die offene Naht auch in den Fällen zu machen, in denen zwar keine Strecklähmung, aber ein Klaffen der Bruchstücke vorhanden ist.

Die bindegewebige Vereinigung der Bruchstücke darf auch bei der Kniescheibe unter keinen Umständen als günstiges Heilergebnis bezeichnet und geduldet werden, auch wenn die Streckfähigkeit erhalten ist. Denn eine bindegewebige Heilung bleibt selten straff und verknöchert noch seltener hinterher. Meist werden die Lücken größer (bis zu 11 cm) und die Leute können nicht knien, weil sie sich dabei die Gelenkflächen des Oberschenkels drücken. Auch behalten sie ein Wackelknie, nicht im Sinne regelwidriger seitlicher Beweglichkeit, sondern des Einknickens in senkrechter Richtung; auch fühlen sie sich sehr unsicher, müssen Kniekappen tragen, stürzen oft hin, ziehen sich dabei Kniegelenksentzündungen zu oder Durchreißungen der Bindegewebsbrücken, die wenig Gefäße enthalten und dann ohne Naht — die die Unfallverletzten oft verweigern, weil es ja auch beim ersten Male ohne Naht gegangen sei — öfters überhaupt nicht wieder verheilen.

Unter 223 nicht genähten Fällen aus der Unfallstatistik riß 1mal bei einem Sturze das Kniescheibenband ab, 15mal erfolgte Wiederzerreißen der Bindegewebsbrücke, bei dem einen Pat. 4mal innerhalb von 18 Jahren. In einem Falle brach sich der mit Bindegewebslücke

an der linken Kniescheibe geheilte Pat. beim Hinstürzen auch die rechte.

Unter 60 genähten Fällen aus der Unfallstatistik trat nur einmal ein Wiederbrechen der knöchern geheilten Kniescheibe ein, deren Naht wiederum knöcherne Heilung herbeiführte.

Von den 223 nicht genähten Fällen kamen nur in 20 Fällen unbestrittene Heilungen vor = rund 9%, während von den 46 frisch genähten Fällen (bei 14 weiteren handelte es sich um alte Brüche) 12 erwiesene Heilungen eintraten = 26%.

Nun kam es außerdem bei den 223 nicht genähten Fällen, außer bei den 20 Fällen unbestrittener Heilung und aus diesem Grund erfolgter Renteneinstellung, noch elfmal zu letzterer meist infolge von Kapitalabfindung, bei den 46 genähten Fällen, außer bei 12 Fällen unbestrittener Heilung, einmal zur Renteneinstellung infolge von Kapitalabfindung.

Rechnet man auch diese Fälle praktisch als geheilte, weil sie als solche für die Berufsgenossenschaften gelten können, so kommen rund 28% Heilung für die nicht genähten und rund 14% für die genähten Fälle heraus.

Also im strengen wissenschaftlichen Sinne für die genähten Fälle nahezu das Dreifache, praktisch aber mindestens das Doppelte an Prozenten der Heilung.

Rechnet man aus, was die einzelnen Verletzten an Zeit und Geld gekostet haben, in der Weise, daß die Anzahl der Monate mit der Zahl der innerhalb dieser gezahlten Prozentsätze an Rente multipliziert und die einzelnen Summen addiert werden, so kommt für jeden der nicht genähten Fälle die Zahl 3330, für jeden der genähten Fälle die Zahl 1961 heraus. Die nicht genähten Fälle haben also den Berufsgenossenschaften nahezu das doppelte Opfer an Zeit und Geld gekostet im Vergleiche zu den genähten.

Bei den 20 Fällen unbedingter Heilung nicht genähter Fälle waren 17 knöcherne Heilungen dabei, die 12 genähten und endgültig geheilten Fälle waren alle knöchern geheilt.

Im ganzen wiesen die nicht genähten Fälle 32mal knöcherne Vereinigungen, also rund in 14%, auf, die genähten 60 Fälle (einschließlich der 14 alten) 45 knöcherne Vereinigungen, also in 75%.

Was nun die angebliche Gefährlichkeit der offenen Naht anlangt, so hat Trinkler in der aseptischen Zeit (von 1890 bis 1898) 88 Fälle frischer Naht ohne einen Todesfall mitgeteilt; hierzu kommen noch 173 seitdem veröffentlichte Fälle mit 1 Todesfalle wegen Alkoholdelirium und Lungenentzündung (Bärlocher), sowie die 60 Fälle aus der Unfallstatistik mit 2 Todesfällen, 1mal ebenfalls wegen Delirium und Lungenentzündung, einmal wegen Brandigwerden des unteren Bruchstückes mit Pyämie; das sind seit 1890 = 321 bekannt gewordene Fälle mit 3mal tödlichem Ausgang, also noch nicht 1%.

Von den 223 nicht genähten Fällen aus der Unfallstatistik starben aber nicht weniger als 6, teils im unmittelbaren Anschluß an die Ver-

letzung (1mal Wundrose, 1mal Pyämie bei anscheinend unverletzter Haut), teils in mittelbarem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfalle (1mal hypostatische Lungenentzündung, 1mal metastatische Brustfell- und Lungenentzündung, 2mal Kniegelenks- und allgemeine Tuberkulose). Bei zwei weiteren Fällen (Selbstmord und Tuberkulose eines wegen Vereiterung des Gelenkes Amputierten) war der Zusammenhang zwar nicht erweisbar, aber auch nicht völlig unwahrscheinlich.

Rechnet man aber auch nur die 6 anerkannten Todesfälle den 223 nicht genähten Fällen zur Last, so gibt das beinahe 3% Sterblichkeit gegenüber noch nicht 1% bei den genähten Fällen.

Man kann daher dreist sagen, die offene Naht erhöht nicht nur nicht die durch die Verletzung an sich bedingte Gefahr, sondern verringert sie sowohl unmittelbar als auch durch die Abkürzung der Heilungsdauer und des Krankenlagers.

Es ist daher den Berufsgenossenschaften dringend zu raten, alle Kniescheibenbrüche sofort einem Krankenhause zu überweisen, in dem Gewähr für die sachgemäße Ausführung der modernen chirurgischen Wundbehandlung gegeben ist. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Bockenheimer (Berlin): Seit 1893 wurden in der v. Bergmannschen Klinik 55 Nähte der Kniescheibe ausgeführt, dabei 2mal bei Frauen. Die meisten Frakturen waren direkte, unkomplizierte, meist Querbrüche; 48mal war der Bandapparat mitgerissen. 23mal vermochte auch der exakteste Verband die Bruchstücke nicht zu adaptieren; es war entweder das untere Fragment nach vorn disloziert, so daß die obere Bruchfläche auf den Knorpel des unteren Bruchstückes stieß, oder es bestand Interposition. Nur breite Öffnung schafft die nötige Klarheit. Die Technik besteht in Längsschnitt, Anfrischung der Bruchflächen, schräger Bohrung, Naht des Knochens mit Aluminiumbronze, Naht des Bandapparates. Die Operation wird ohne Schlauch und ohne Fingerberührung ausgeführt mit seitlicher Drainage. Von der Drahtnaht braucht Pat. nichts zu wissen. Jetzt kommt ein Gipsverband darüber, der später gefenstert wird. Die Nachbehandlung besteht in Massage und aktiver Bewegung, ohne passive, ohne Apparat; die Entlassung erfolgt nach 5 Wochen. 39mal konnte knöcherner Callus nachgewiesen werden; 1 Operierter starb an Lungenembolie. Da in 82% der Fälle normale Funktion durch Naht erzielt wurde, bei unblutiger nur bei 50%, ist die Naht das Normalverfahren.

Christel (Metz).

H. Körte (Berlin) hat 70 Fälle von Patellarfrakturen behandelt (66 konnten nachuntersucht werden). Für die Fälle mit Diastase der Fragmente und seitlichem Kapsel-Fascienriß gibt die offene Naht die besten Resultate. Die perkutanen Methoden geben im ganzen kein so gutes Resultat, wie die offene Naht. Bei den Fällen ohne wesent-

liches Klaffen der Fragmente wird konservativ behandelt. Bei schweren körperlichen Störungen ist die Naht kontraindiziert. (Selbstbericht.)

G. Schmidt (Berlin) berichtet im Auftrage des Herrn Geh.-Rat v. Mikulicz kurz über das umfangreiche Material der Breslauer chirurg. Klinik an Kniescheibenbrüchen. Bezüglich aller Einzelheiten verweist er auf die vor 2 Jahren erschienene größere Arbeit[1]. Wir haben im Laufe der letzten 14 Jahre 58 Patellarfrakturen an 57 Pat. beobachtet und uns bemüht, durch wiederholte, bis in die allerletzte Zeit fortgeführte Nachuntersuchungen ein Urteil über die Unfallfolgen, wie über die Resultate der Behandlung zu erlangen. Das letztere war um so wichtiger, als in der Klinik nicht ausnahmslos ein bestimmtes Schema verfolgt, sondern, je nach der Besonderheit des Falles, die unblutige oder operative Behandlung — letztere mit möglichst bald anschließender funktionell-mechanischer Therapie — gewählt wird. Richtschnur für die in jedem Falle bald zu treffende Entscheidung ist die Entstehungsgeschichte und die Art des Bruches, ob eine direkte Verletzung, eine Stoßfraktur oder eine indirekte, ein Rißbruch, bezw. eine Kombination beider vorliegt, insbesondere ob die akzessorischen Streckapparate, die seitlichen Hilfsbänder, die Parapatellarligamente unversehrt oder auch zerrissen sind. Im letzteren Falle wird möglichst bald die Rißstelle freigelegt und die Knochen- und Bändernaht mittels Draht angeschlossen. Sind die seitlichen Bänder und damit die Streckfähigkeit des Knies erhalten und die Diastase gering, so hat auch eine unblutige Behandlung nach unseren Erfahrungen Aussicht auf Erfolg. Im ganzen ist das operative Verfahren immer weiter ausgedehnt worden, hauptsächlich deshalb, weil wir bei der Freilegung der Bruchstelle oft eine weit erheblichere Verletzung des Hilfsstreckapparates fanden, als nach dem Ergebnis der funktionellen Untersuchung angenommen worden war. Zu verwerfen ist auf jeden Fall eine abwartende Behandlung und etwa die Eingipsung und Ruhigstellung des verletzten Knies für längere Zeit. Den anatomischen Verhältnissen nach ist dabei die erhoffte Verheilung der Bruchstücke ganz unsicher, unausbleiblich dagegen eine schwer zu beseitigende Versteifung des Gelenkes, Schrumpfung und Atrophie des Bandapparates und der Muskulatur. Fälle, die außerhalb in dieser Weise vorbehandelt waren, boten einer sachgemäßen Nachbehandlung die größten Schwierigkeiten. Vor allem dienten aber als warnende Beispiele vier auswärts abwartend behandelte und schließlich mit ganz ungenügender Funktion uns zur Begutachtung zugehende Fälle. Von den übrigen Kniescheibenbrüchen wurden 19 ohne, 35 (bei 34 Pat.) mit Knochennaht behandelt. Die neun Kursivzahlen bedeuten die Kranken, über deren späteren Zustand eine Nachricht nicht zu erlangen war. Von den übrigen 44 konnte das Endergebnis in Erfahrung gebracht werden. S. bemerkt hierbei, daß bei der Nachuntersuchung ziemlich hohe Ansprüche an die Pat. gestellt werden. Sie mußten mit dem kranken

[1] Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. p. 711.

Beine voran auf einen Stuhl hinauf- und mit dem gesunden Beine voran vom Stuhle herabsteigen. Indessen kommen für die Beurteilung des Dauererfolges nur 35 in Betracht mit einer Beobachtungsfrist von mehr als 2 Jahren, innerhalb welcher Zeit sich nach wiederholter Erfahrung die Funktion dauernd bessert oder ein Nachgeben der Naht nicht ausgeschlossen ist. Ein gänzlich ungenügendes Ergebnis war außer den vier auswärts behandelten Gutachtenfällen bei je einem unblutig und blutig behandelten Pat. zu verzeichnen. Doch trägt hieran nicht das Behandlungsverfahren an sich die Schuld. Bei dem ersteren wurde trotz der operativen Indikation der Eingriff wegen schweren Emphysems und Nephritis abgelehnt mit dem vorauszusehenden Ergebnis einer dauernden funktionellen Verschlechterung. Im anderen Falle trat bei anatomisch und klinisch einwandsfreier Heilung des operierten Bruches eine hysterische Lähmung der Unterschenkelmuskulatur ein. Beides waren Spätfälle. — Bei der oben skizzierten Indikationsstellung gaben die nicht genähten — allerdings im Durchschnitt leichteren — Fälle fast durchweg einen guten Enderfolg, und zwar sowohl die Früh- wie Spätfälle. Der einzige mäßige bezieht sich auf eine Frau, die bei den jetzigen strikteren Indikationen wohl auch der Operation unterworfen worden wäre.

58 Kniescheibenbrüche bei 57 Pat.

Behandlung			Zusammen	Endergebnis	Davon über 2 Jahre beobachtet
Keine Naht:	Frühfälle:		*6* + 10	gut 9 mäßig 1	8 gut 7 mäßig 1
	Spätfälle:		3	gut 1 mäßig 1 ungd. 1	2 gut 1 ungd. 1
	Gutachten-(Spätfälle):		4	ungd.	4 ungd.
Frühnaht	1. Bruch:	I. Jahr	*2* + 19	gut 15 mäßig 4	15 gut 13 mäßig 2
		II. Jahr	1	mäßig	1 mäßig
	2. Bruch:	I. Jahr	1	gut	—
		II. Jahr	*1*	—	—
	2. u. 3. Bruch:	I. Jahr	1 (1)	gut	1 gut
Spätnaht	1. Bruch:	I. Jahr	4	gut	4 gut
		II. Jahr	2	mäßig	2 mäßig
	2. Bruch:	I. Jahr	3	mäßig 2 ungd. 1	2 mäßig 1 ungd. 1

Bei der Beurteilung des operativen Enderfolges kommen mehrere Gesichtspunkte in Betracht: zunächst die glatte Wundheilung.

Die drei nicht glatt geheilten und nachuntersuchten Fälle — übrigens wie der vierte mindestens 8 Jahre zurückliegend — konnten nicht rechtzeitig genug der unbedingt nötigen funktionellen Nachbehandlung unterzogen werden und gaben sämtlich nur einen mäßigen Enderfolg. — Todesfälle haben wir unter unserem Material überhaupt nicht zu verzeichnen.

Von den übrigen glatt geheilten Pat. sind 16 Frühnähte mit 14 guten und 2 mäßigen Resultaten und 6 Spätnähte mit 4 guten, 1 mäßigen und 1 ungenügenden Endausgang. Je später die Operation vorgenommen wird, desto unsicherer ist der Erfolg.

Endlich kommt in Betracht, ob es sich um den ersten Bruch oder um Refrakturen handelt. Von den glatt geheilten früh- oder spätgenähten erstmaligen Brüchen (19) sind 17 gut, 2 mäßig ausgegangen. Unter den gleichen Gesichtspunkten ist unter den 3 Refrakturen 1 guter, 1 mäßiger, 1 ungenügender Erfolg zu verzeichnen.

Im ganzen dürften diese Endergebnisse die von der Breslauer Klinik aufgestellten Behandlungsanzeigen als gerechtfertigt erscheinen lassen. (Selbstbericht.)

Trendelenburg (Leipzig) ist mit Thiem's Anschauungen im Einklange, daß die offene Naht die Behandlung der Gegenwart für Kniescheibenbrüche sei und verwendet sie seit seinem ersten veröffentlichten Falle. Als Funktionsprobe läßt er tiefe Kniebeuge machen. Das ist immer zu erreichen.

Schlange (Hannover): Seit der Zeit, wo man die größten Weichteilwunden in 8 Tagen heilen sieht, ist er Anhänger der Naht, die er bei 30 Patellarfrakturen angewendet hat. Er macht Längsschnitt — die Narbe stört nicht —, frischt nicht an, legt 1—2 Metalldrähte, die ohne Schaden liegen bleiben, und erreicht regelmäßig knöcherne Vereinigung mit völliger Beugung. Bezüglich der Unfallsfolgen läßt sich feststellen, daß die Versicherten immer Beschwerden bei Witterungswechsel haben wollen; diese würden mit 20—30% noch zu hoch entschädigt.

Kocher (Bern) ist seit den glänzenden Statistiken der offenen Naht ganz zu dieser übergegangen. Die Unterscheidung, wann sie auszuführen sei, wann nicht, ist leicht; unnütz ist die Naht bei guter Streckung, ob die Bruchstücke klaffen oder nicht. Eine Kontraindikation gibt nur Debilität ab, weil sie wegen Blutergusses und langen Liegens keine gute Prognose gibt. K. hat mehrfach auch nach Naht Refrakturen gesehen. Er hält die Kapselnaht für nötig und demonstriert Röntgenbilder von peripatellarer Naht mit Silberdraht mit gutem Erfolge.

König (Jena) hat die Naht von jeher vertreten. Die Kniescheibe ist ein Schutz- und Schaltknochen. Erscheint die Kraftübertragung genügend, so kann die Naht unterbleiben. Manche Fälle, die erst massiert werden, erfordern später doch die Naht. Er hat auf Lister's

Empfehlung hin sofort genäht — hatte zuerst Mißerfolge und griff nach vorübergehender Zurückhaltung doch wieder auf die Naht zurück; er hatte früher ausgewaschen und drainiert —, jetzt warne er vor Drainage. Er macht den Querschnitt, beseitigt Interpositionen, die häufig sind, schiebt sie zur Seite. Nur säge man nicht! Es gelingt die Vereinigung der Bruchstücke immer, auch ohne Finger! Schwierig ist, ohne sie in die Wunde zu bringen, nur das Bohren und Nähen; K. benutzt den Motor. Die Naht der Patella ist nicht so unentbehrlich wie die des Streckapparates. Schließlich müsse man noch Heilung und Unfall auseinander halten; nicht leicht ist es oft, die Menschen zu früher Bewegung zu bringen, und doch müsse man möglichst bald damit anfangen, wenn auch vorsichtig. **Christel** (Metz).

A. Depage und L. Mayer (Brüssel) berichten über 16, in den letzten 3 Jahren behandelte Fälle von Kniescheibenbruch. In einem Falle, wo keine Diastase der Fragmente vorhanden war, haben sie nicht operiert, sondern den Pat. durch Massage und frühzeitige Mobilisierung in einem Monate geheilt. In einem anderen Falle, wo nur eine sehr geringe Entfernung der Bruchstücke bestand, haben sie, nach Lambotte-Vallas, einfach die fibröse Kapsel und die seitlichen Ligamente mit Catgut vernäht und auch eine sehr schnelle und vollkommene Heilung erzielt. Gewöhnlich aber bevorzugen sie die von Berger 1892 beschriebene Methode der Cerclage, d. h. Umschnürung der Fragmente mittels eines Aluminum-Bronzedrahtes, welcher oben durch die Quadricepssehne und unten durch das Ligamentum patellare gezogen wird, um am inneren Rande des Kniegelenkes geschnürt zu werden. Vortr. verwerfen gänzlich alle subkutanen Methoden und halten eine breite Arthrotomie mit sorgfältiger Säuberung des Gelenkes für sehr wichtig, bevor man zur Fixierung der Fragmente schreitet. Die Cerclage hat gegenüber der Knochennaht folgende Vorzüge: 1) sie ist leichter und schneller ausführbar; 2) man braucht zu ihrer Ausführung kein besonderes Instrument: Vortr. benutzen die Doyensche Nadel, welche derjenigen ähnlich ist, die Herr Geh-Rat Riedel im vorigen Jahre gezeigt hat; jede gewöhnliche Nadel kann aber ebensogut verwendet werden; 3) man ist der Gefahr nicht ausgesetzt, daß die Fragmente beim Perforieren splittern, was besonders zu befürchten ist, wenn das untere Bruchstück sehr klein ist, wie man es ja nicht allzu selten erlebt; 4) besonders wertvoll ist die Cerclage, wenn mehrere Fragmente bestehen; 5) bei veralteten Frakturen mit bedeutender Diastase kann man die Cerclage gleichzeitig mit der Knochennaht ausführen, wie es Vortr. in einem Falle von doppelseitiger 6 Monate alter Patellafraktur, deren Radiographie sie beifügen, mit ausgezeichnetem Erfolge gemacht haben. Nach der Operation wird das Bein in einen einfachen Schienenverband gelegt, am 12. Tage wird die Massage begonnen, und alle Pat. sind nach 6 bis 12 Wochen geheilt entlassen worden. (Selbstbericht.)

Bertelsmann (Kassel) legt den Streckapparat des verletzten Gelenkes durch einen Lappenschnitt frei, so daß der Riß durch Patella und Weichteile in seiner ganzen Ausdehnung zu sehen ist. Sodann zieht er, wie dies auch schon von anderer Seite gemacht ist, einen Seidenfaden rings um die gebrochene Patella herum. Der Seidenfaden läuft in frontaler Ebene in ungefähr 1 cm Entfernung dem scharfen Rande der Patella parallel, ohne irgendwo in das Gelenk einzudringen. Während der Assistent die Bruchstücke durch Kornzangen in der Richtung hält, wird der Seidenfaden so zusammengezogen, daß die Bruchflächen der Patella genau aufeinander stehen. Zweckmäßig ist es, sogar soweit zusammenzuziehen, bis der Bruchspalt etwas nach außen klafft. Der Weichteilriß und das Periost der Patella werden dann aufs genauste durch Seidenfäden vernäht. Vorteile des Verfahrens sind:

1) leichte und schnelle Ausführung, ohne daß man versucht ist, eine Hand in die Wunde zu bringen;

2) kein Fremdkörper kommt ins Gelenk;

3) die Patella und ihr Periost werden durch Bohren usw. nicht verletzt. Es wird wenigstens ebensogute Vereinigung des Knochens erzielt, als wenn der Knochen selbst genäht würde. (Selbstbericht.)

Silbermark (Wien): In der v. Mosetig'schen Station im allgemeinen Krankenhaus in Wien kam in den letzten Jahren eine ziemlich große Zahl von Patellarfrakturen zur Beobachtung; es handelte sich um frische und ältere Formen. Die Resultate aller Arten von Behandlungsmethoden wurden an diesen Fällen beobachtet, und auf Grund dieser Beobachtungen wird nunmehr bei allen frischen und älteren Fällen nur die Massagebehandlung nach Metzger angewendet. Für den Pat. handelt es sich vor allem um rasche Erlangung der Funktionstüchtigkeit des Beines. Ob dieselbe durch knöcherne oder fibröse Narbe zwischen den Fragmenten zustande kommt, ist ihm gleichgiltig. Hierzu gehören aber kräftige, funktionstüchtige Muskeln, namentlich der Quadriceps; und dieser wird nur durch die Methode der Massagebehandlung funktionstüchtig erhalten. Jede andere Methode, wie die Immobilisierung in bestimmten Verbänden, als auch die operativen Eingriffe (blutige Naht, perkutane Nagelung) bringen die Muskeln zur Atrophie und erfordern oft monatelange Nachbehandlung, um sie wieder funktionstüchtig zu machen. v. Mosetig läßt die Extremität auf ein einfaches Planum inclinatum lagern und schon in der 2. Woche nach geschehener Fraktur den M. quadriceps täglich tüchtig massieren; hierbei trachtet man, die beiden Bruchenden manuell einander zu nähern und den event. vorhandenen Gelenkserguß durch passive, immer forciertere Beugung und Streckung im Kniegelenke wegzubringen. Das Resultat mit dieser Behandlung ist bald ein deutlich konstatierbares Näherrücken der Fragmente, sowie die Fähigkeit, bereits nach 6 Wochen herumzugehen. Bei den nach langer Zeit vorgenommenen Nachuntersuchungen konnte niemals ein derartiges

Auseinandergewichensein der Fragmente konstatiert werden, daß Funktionsunfähigkeit resultierte. (Selbstbericht.)

Riese (Rixdorf) hat 16 Fälle mit gutem Erfolge genäht. Er beobachtete einen gewissen Reizzustand, indem Reiben und Knirschen zu spüren war, und doch hatte er nicht durch den Knochen genäht, nicht drainiert; er spülte nur mit Kochsalzlösung. Ob die Reizung wohl hierauf zurückzuführen sei?

Lauenstein (Hamburg) war früher Anhänger der Durchbohrung der Patella zur Naht und hat sie verlassen, weil sie Ankylose begünstigt; er ist zur versenkten periostalen Naht übergegangen. Nach 5—6 Wochen stehen die Pat. auf, doch brauchen sie 1—2 Jahre zur Überwindung der Folgen. Besonders die Beugung bis 60 und 70° wird erst nach langer Dauer erreicht. Die Fractura patellae ist also eine ernste Verletzung. Bei kurzen Diastasen, die ohne Naht geheilt waren, hat L. nie ein Wackelgelenk beobachtet.

Doberauer (Prag) näht prinzipiell, abgesehen von allgemeinen Kontraindikationen; bei allen genähten Patellarfrakturen wird knöcherne Heilung erzielt; bei nicht genähten tritt immer Diastase ein, selbst bei erst guter Adaptierung. Dabei kann die Funktion recht gut sein. Die Knochennaht hat somit nur den Schutz des Gelenkes infolge der knöchernen Vereinigung vor der fibrösen voraus, und darf die Naht somit nur bei absoluter Ungefährlichkeit der Operation ausgeführt werden.

Neumann (Friedrichshain) schildert seine Technik, die in Längsschnitt, ohne Glättung der Bruchstücke, um die Verzahnung zu erhalten, Legung der Silberdrähte durch die Bruchfläche, Naht des Bandapparates besteht; keine Spülung, keine Drainage. Die größte Schwierigkeit biete das Durchführen der Silberdrähte; er helfe sich durch Einlegen silberner Gleitröhrchen. **Christel** (Metz).

---

59) **Hackenbruch** (Wiesbaden). Zur Behandlung der spinalen Kinderlähmung durch Nervenpfropfung.

Vortr. demonstriert ein 13jähriges Mädchen, bei welchem eine totale Lähmung beider Musc. peronei und des Extensor digit. commun. long. et brevis durch Pfropfung eines vom Nerv. tibialis abgespaltenen Lappens in den geschlitzten Nerv. peroneus vollständig beseitigt wurde. Pat. gebraucht jetzt die betreffende untere Extremität in völlig normaler Weise und kann mehrere Stunden lang gehen, ohne besonders zu ermüden. Die elektrische Prüfung der befallenen Muskeln vor und nach der Operation, sowie das Heilresultat selbst wurde durch den Neurologen Dr. Hezel (Wiesbaden) kontrolliert. (Ausführliche Mitteilungen werden in der Deutschen med. Wochenschrift 1905 Nr. 25 erscheinen.) (Selbstbericht.)

[illegible] Wesentliches geben [illegible]
[illegible] Brauchbarkeit [illegible]

Hirsch (Nikolsburg) [illegible]
[illegible] gelegentlich einen [illegible]
[illegible] zu gehen war, und [illegible]
[illegible] Streckung zu [illegible]
[illegible] darauf zurückzuf[illegible]

Lange [illegible]
[illegible] Patella nur nicht [illegible]
[illegible] Er hat zur Anwendung [illegible]
[illegible] 3 Wochen bleiben die [illegible]
[illegible] Entwicklung der [illegible]
[illegible] erst nach langer [illegible]
[illegible] Verletzung [illegible]
[illegible] hat 12, bis ein [illegible]

Dobberauer (Prag) [illegible]
[illegible] bei [illegible]
[illegible] bei [illegible]
[illegible] gute Ausführung [illegible]
[illegible] hat sonst [illegible]
[illegible] Vereinigung [illegible]
[illegible] nur bei absoluter [illegible]
[illegible]

Neumann (Rixdorf) [illegible]
[illegible] ohne Eröffnung der [illegible]
[illegible] Lagerung der Silberdrähte [illegible]
[illegible] besteht; keine Spülung [illegible]
[illegible] Durchführen [illegible] Fälle
[illegible] silberner Gelenkdrähte. [illegible]

---

3) Hackenbruch (Wiesbaden): Zur Behandlung der spinalen Kinderlähmung durch Nervenüberpflanzung.

Vortr. demonstriert ein 13jähriges Mädchen, bei welchem eine [illegible] Lähmung [illegible] bestand und die Extensoren [illegible], [illegible] durch Pfropfung eines vom Nerv. [illegible] Nerv. peroneus vollständig beseitigt wurde. Das [illegible] jetzt die betreffende untere Extremität in völlig normaler Weise und kann mehrere Stunden lang gehen, ohne besonders zu ermüden. Die elektrische Prüfung der gelähmten Muskeln vor und nach der Operation, sowie das Heilresultat selbst wurde durch den Neurologen Dr. [illegible] (Wiesbaden) kontrolliert. (Ausführliche Mitteilungen werden in der Deutschen med. Wochenschrift [illegible] erscheinen.)

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 31. **Sonnabend, den 5. August.** **1905.**

I.

Zur Frage der Osteochondritis dissecans.

Von

Prof. **König** (Berlin) in Jena.

Zwei in letzter Zeit erschienene experimentelle Arbeiten über freie Körper in Gelenken veranlassen mich, noch einmal in dieser Frage die Feder zu ergreifen, lediglich, um zu konstatieren, daß durch beide Arbeiten die Frage, wie es zur Bildung von Knochenknorpelkörpern durch Ausscheidung derselben aus der überknorpelten Gelenkfläche bei sonst gesunden Gelenken in einer Anzahl von Fällen kommt, ohne daß als Ursache eine Gewalteinwirkung festgestellt werden konnte, nicht berührt wird.

1) Herr Hans Rimann[1] hat im Laboratorium von Orth an zwei Hunden und einem Ziegenbock im ganzen sechs Gelenke so operiert, daß er die Gelenke anschnitt und Oberflächenstücke der Gelenkfläche in der Art abmeißelte, daß sie durch einen dünnen Knochenknorpel-

[1] Virchow's Archiv Bd. CLXXX. Hft. 3.

stiel mit dem Gelenkknorpel in Verbindung blieben. Während die Tiere sich bewegten, heilten dann die Gelenke aseptisch aus.

Herr R. hatte also intraartikuläre Gelenkfrakturen geschaffen, welche noch einen dünnen, aber, wie wir sowohl durch Beobachtung am Menschen als auch durch mannigfache Experimente längst wissen (Ellbogen u. a.), zur Wiederanheilung völlig ausreichenden Ernährungsstiel hatten.

Da er nun die Tiere sich bewegen ließ, so ist es vollkommen verständlich, wenn diese Bewegung einigemal ohne Einfluß auf die Lage des abgesprengten Körpers blieb, so daß dieser an Ort und Stelle anheilte, während er andere Male gelöst wurde und somit an anderem Ort, und zwar ohne Ernährungsstiel blieb. Aber auch das ist bekannt, daß solche Teile, wenn sie nicht alsbald an anderer Stelle (Synovialis) wieder verkleben und durch Verwachsung sich einen neuen Ernährungsstiel schaffen, resorbiert werden können.

Wenn Herr R. sich die Mühe gegeben und eine Anzahl der von Martens mitgeteilten sehr zahlreichen Kranken- und Operationsgeschichten gelesen hätte, so würde er gefunden haben, daß die Beschreibung, welche ich dort von der Lösung der Körper, von der flächenhaften Verwachsung durch Granulation bis zur Stielung gegeben habe, mit seinen Versuchen an Ziege und Hund gar nichts zu tun hat. Herr Rimann haut nämlich das Stück kurzerhand mit dem Meißel ab und beobachtet dann, was aus ihm wird, er macht also ein Trauma so grob wie nur möglich, während ich mich damit quäle, zu erforschen, wie denn das Stück dazu kommt, sich abzustoßen ohne Trauma. Trotzdem ist er der Meinung, mit seinen Befunden meine Lehre von der Osteochondritis dissecans abgeräumt zu haben.

Daß etwas in der Sache noch nicht ganz stimmt, das fühlt aber der Autor doch auch, er fühlt, daß seine Überzeugung von der »nur traumatischen Entstehung solcher Körper« bei vielen Fällen, bei welchen nach der Einbildung der Kranken eine Gewalteinwirkung nicht stattfand, noch einer Stütze bedarf. Und dazu muß als Stütze die »Disposition« helfen, welche er bei der Untersuchung der Leichen von 200 Gelenken jugendlicher Personen in einer Anzahl von Fällen fand und sie als Arthritis deformans ähnliche bezeichnet (Auffaserung, Knorpelschwund usw.). Und diese Disposition soll besonders bei Tuberkulose vorkommen. Diese Disposition macht den Knochen zerbrechlich.

Ich vermag nun Herrn Rimann in dieser Richtung vollkommen zu beruhigen. Die vielen Gelenke meiner Pat., zum großen Teile sehr kräftiger jugendlicher Personen von 16—25 Jahren, waren, soweit ich mich habe überzeugen können, samt den Trägern der Gelenke gesund und blieben gesund und zumal frei von Tuberkulose. Auch hat die hier im ganzen sehr sorgfältig angestellte Nachfrage keine nachträgliche Entwicklung von Tuberkulose als öfter vorkommend ergeben.

Immerhin freut es mich, konstatieren zu können, daß auch Herr

Rimann der Meinung ist, es müsse öfter zu dem Trauma noch etwas hinzukommen, um einen Gelenkkörper zu erzeugen.

2[2]) Des corps etrangers articulaires et en particulier des corps traumatiques au point de vue expérimental et histologique. Par le Prof. Cornil et le Dr. P. Coudray.

Nach einem historischen Rückblick über die traumatischen Gelenkkörper teilen die Verf. die Resultate mit, welche sie durch Lösung von Knochenknorpelteilen in Hundegelenken, welche sie zu diesem Zwecke eröffnet hatten, erzielten. Die gelösten Körper wurden in die Gelenke zurückgeschoben und dieselben durch Naht verschlossen. Die Tiere wurden nach 8, 14 Tagen, nach 1 und nach $1^1/_2$ Monat getötet. Die Fremdkörper erwiesen sich bei der Autopsie fixiert am Skelett oder an der Synovialis. Von den acht Körpern waren zwei in Synovial- und in neugebildetes Bindegewebe gebettet, zwei waren fixiert durch Ausbreitungen der Synovialis an den nicht knorpligen Teil des inneren Condylus. Drei waren mehr oder weniger innig mit dem Substanzverlust des Knochens durch faserknorpliges Gewebe verwachsen.

Alle abgetrennten Stücke hatten also durch Verwachsung Ernährungsboden gefunden und waren infolgedessen am Leben geblieben, zum Teil sogar knöchern verwachsen; zwei Körper waren gewachsen (v. Recklinghausen).

Es hat für uns keinen Zweck, den genau beschriebenen Befund der Körper zu studieren; genug, daß wir festhalten, sie waren sämtlich verwachsen und zeigten in ihrer Substanz die Verhältnisse von Zellenzerfall und Neubildung, wie solches bereits in ähnlicher Art von Barth beschrieben wurde.

Es folgen dann Betrachtungen über pathologische Gelenkkörper, über Gelenkkörper, welche aus tuberkulösen Sequestern hervorgingen, über Gelenkkörper von dunkler Herkunft, und schließlich wird auch die Osteochondritis dissecans mit einem Absatz abgetan, welcher beweist, daß die Herren Cornil und Coudray weder meine Arbeiten, noch die eingehende[3] auf Grund sämtlicher Kranken- und Operationsgeschichten samt mikroskopischen Untersuchungen gegebenen Mitteilungen aus meinen Kliniken in Göttingen und Berlin von Dr. Martens gelesen haben. Hätten sie das getan, dann würde wohl der Schlußsatz ihrer Arbeit nicht gelautet haben:

Quand'a l'osteochondrite de König nous pensons avec Barth que c'est une affection dont l'existence reste a demontrer. Les faits qu'elle vise sont probablement par la plupart de nature tuberculeux, mais le vague des observations ne permet aucune appréciation de quelque valeur.

---

[2] Revue de chirurgie 1905. April. Hft. 4.

[3] Siehe Deutsche Zeitschrift für klinische Chirurgie Bd. LIII, p. 348 u. 485. Stabsarzt Dr. Martens, Zur Kenntnis der Gelenkkörper usw.

Also auch hier wieder die Tuberkulose! Der Sündenbock nur in noch etwas gröberer Weise als in der vorigen Arbeit.

Von beiden Arbeiten glaube ich annehmen zu dürfen, daß die Autoren den Vorzug hatten, »von dem Balast klinischer Erfahrung frei zu sein«.

Die Tatsachen, welche uns die beiden Arbeiten brachten, daß abgetrennte Knorpelknochenstücke im Gelenk verwachsen und, abgesehen von manchen durch die veränderten Ernährungsverhältnisse bedingten Veränderungen, verwachsen und ernährt bleiben können, sind uns längst bekannt. Nicht an diesen traumatischen Körpern habe ich auch meine Studien gemacht, sondern an einer großen Anzahl solcher anscheinend aus der freien Gelenkoberfläche abgesprengte Stücker, bei welchen ein Trauma nicht nachgewiesen war, und von welchen ich eine Reihenfolge zusammenstellte, von dem Körper an, welcher noch mit seinem Boden durch Granulation verbunden war, bis zu der allmählichen Verkleinerung des Verwachsungsbodens, der Stielung und schließlichen Lösung des Stieles. Das Bestreben, nur diese Fälle, von welchen ich ausdrücklich bemerke, daß auch eine Anzahl zweifellos traumatischer Körper denselben Modus der Lösung durchmachen, klar zu machen, hatte mich bestimmt, anzunehmen, daß ein Prozeß, ähnlich dem, welcher ein nekrotisches Hautstück aus der gesunden Haut zur Lösung bringt, hier zwischen Knorpel und Knochen sich vollziehe, eine Annahme, zu welcher ich, wie es schien, durch den Nachweis von Granulation und Riesenzellen zwischen sich lösenden und bindenden Knochen berechtigt war. Aber ich habe sofort erklärt, daß mir das Wesen des Vorganges, der Grund, warum hier das Knochenstück sich löst, welches in zweifellosen traumatischen Fällen durch die Gewalteinwirkung gelöst wird, vorläufig unbekannt sei. Mir schwebte dabei vor ein Prozeß, ähnlich dem, wie wir ihn bei der Randnekrose eines infizierten Frakturknochens sehen, bei welchem die Nekrose oft keine vollkommene ist, sondern noch ein Teil des Randes in Zusammenhang mit ernährtem Knochen bleibt. Auch hatte ich, geringen, vielleicht nicht beobachteten Traumen Rechnung tragend, darauf hingewiesen, daß es sich um Veränderungen in einem nur kontundierten Knochen handeln könne.

Aus Versuchen, wie den vorstehenden, kann ich also nichts für die Erklärung, was in meinen Fällen an die Stelle des Traumas getreten ist, lernen. Es ist dadurch meine Annahme weder bestätigt, noch ist ihre Berechtigung aus der Welt geschafft. Wird doch in den beiden Arbeiten der Gelenkkörper gewaltsam angelegt und dann beobachtet, was daraus wird, wobei noch nicht einmal das Bild, welches meine Beobachtungen und die anderer zeigen, gewonnen wurde. Die Experimentatoren haben sich also die Frage, deren Beantwortung mir am Herzen liegt, um welche sich die ganze Geschichte des freien Körpers dreht, gar nicht gestellt. Handelt es

sich doch nicht darum, zu erklären, was aus dem Körper wird, wenn er abgesprengt ist, sondern warum das betreffende Stück dazu kommt, sich zu lösen, ohne daß man direkt ein Trauma beschuldigen kann.

Zur Erklärung der Tatsache, warum sich einer der von uns beschriebenen Körper aus dem freien Gelenkende löst, tragen also Arbeiten, wie die vorliegenden, nichts bei.

Die Frage nach der Bildung von Fremdkörpern in nicht kranken, nach Entfernung der Körper wieder normal funktionierenden Gelenken ist selbstverständlich für den beantwortet, welcher in allen solchen Fällen eine vorangehende Gewalteinwirkung annimmt. Wenn auch dann immer noch Schwierigkeiten bleiben, wenn es schwer verständlich bleibt, wie auch eine schwere Gewalteinwirkung das zustande bringt, was man an der Leiche nur mit schwerster Gewalt und nur ausnahmsweise hervorbringt, die Absprengung eines Stückes aus einer freien Gelenkfläche, so läßt sich das immer noch denken.

Viel schwieriger ist es freilich, darüber hinauszukommen, daß Menschen, welche jede Verletzung leugnen, bei welchen also schwere Insulte doch sicher nicht stattgefunden haben, bei der Operation Knorpelknochenkörper zeigen.

Immerhin müssen aber auch dem gläubigsten Traumatiker gewisse Zweifel bleiben, wenn er auch bei genauester Anamnese von dem Kranken nichts über ein an dem betreffenden Gelenk erlebtes Trauma erfährt. Will er für solchen Fall den Betroffenen nicht direkt für einen Lügner halten, so muß er wenigstens annehmen, daß schwere Traumen, welche das Gelenk kürzere oder längere Zeit funktionsuntüchtig machten, nicht stattgefunden haben.

Man bedenke: es ist verständlich, daß überstandene Syphilis verheimlicht wird, aber es bleibt in der Regel unverständlich, wenn ein Mensch leugnet, eine Kniekontusion erlitten zu haben.

Zu denken gibt, wenn ein Verteidiger der Lehre, daß es nur arthritische und traumatische Gelenkkörper gibt (Vollbrecht, Beiträge zur klinischen Chirurgie 1898, Bd. XXI, p. 216), bei einer Zusammenstellung der Körper der Kniegelenke in Garnisonlazaretten von 10 Jahren findet, daß nur bei 44 in 67 Fällen (64,7 %) ein vorausgegangenes Trauma eruiert werden konnte, trotz Aussicht auf Invalidenpension, welche doch fast stets bei dem Soldaten eine Rolle spielt.

Es gibt meiner auf klinische Erfahrung gestützten Annahme nach außer dem Trauma noch eine Ursache, deren Wesen uns vorläufig unbekannt ist, welche dazu führt, daß ein Gebiet des überknorpelten Gelenkes zur Abstoßung kommt.

Für diese Fälle habe ich auf Grund von manchen anatomischen Befunden die Bezeichnung der Osteochondritis dissecans vorgeschlagen. Ich sehe keinen Grund, dieselbe aufzugeben, solange nicht das eigentliche Wesen der Störung gefunden worden ist.

II.

Eine einzeitige Operation der Hypospadia penis und penoscrotalis mit vorausgehendem Perinealschnitte.

Von

Dr. H. Vulliet,

Dozent für Chirurgie in Lausanne.

Die Herstellung der Urethra bei Hypospadie ist eine schwierige Operation und mißlingt sehr oft.

Man ist stets versucht, eine einzeitige Operation anzuwenden. Welche Vorsichtsmaßregeln müssen aber getroffen werden, um das freie Ablaufen des Harns zu ermöglichen, ohne daß die Nahtstellen verunreinigt, gereizt oder infiziert werden?

Der Dauerkatheter ist schlecht aus verschiedenen Gründen: Er übt eine gewisse Spannung auf die Nähte aus und ruft im neugebildeten Kanale Sekretion hervor. Der Harn kann zwischen ihm und der Harnröhrenwandung durchsickern und so die Vereinigung der Wundränder verhindern. Da wäre es schon besser, den Dauerkatheter wegzulassen und den Kranken regelmäßig zu katheterisieren. Aber auch das damit verbundene wiederholte Reiben der Nahtstelle, sowie die vermehrte Infektionsgefahr setzen den Erfolg sehr in Frage. Oft gibt es am Ende des Katheterisierens einen schmerzhaften Tenesmus, der den Urin mit Gewalt zwischen Harnröhrenwand und Katheter treibt; auch läßt der Kranke oft Urin, nachdem der Katheter zurückgezogen worden ist.

Es bliebe noch das spontane Urinieren. Wir haben es einmal versucht, aber ohne Erfolg. Es ist sehr schmerzhaft, leichtes Ödem oder Blutgerinnsel verhindern ein freies Ablaufen des Harnes, der Kranke preßt und veranlaßt so ein Einsickern des Harns zwischen die Wundränder. Primäre Heilung erfordert aber eine völlige Undurchlässigkeit des Kanals; ein Tropfen Urin in der Wunde kann den Erfolg — wenigstens teilweise — in Frage stellen.

Obwohl die einzeitige Operation sehr einleuchtend ist, so mißlingt sie oft. Wie bei allen plastischen Operationen ist auch hier die erste am leichtesten zu machen. Narbengewebe erschwert spätere Eingriffe und ein Mißerfolg zieht den anderen nach sich.

Gewiß kann eine solche Operation zum erstenmal gelingen, aber es ist selten der Fall. Daher empfehlen verschiedene Chirurgen ein mehrzeitiges Verfahren, z. B. Duplay: In einer oder zwei Sitzungen bildet man die neue Urethra; unterdessen harnt der Kranke weiter durch die Öffnung der Hypospadie. Erst später wird die Operation vollendet, indem man letztere Öffnung mit dem neuen Kanale verbindet. Es ist ganz gleich, wo man die Lappen nimmt, sei es am

Penis (Duplay), am Scrotum (Landerer, Rochet) oder anderswo (Nové-Josserand). Das wichtigste ist, daß kein Urin durch den neuen Kanal fließt, bevor er völlig dicht ist.

All diese Methoden haben den großen Nachteil, mehrere Operationen zu erfordern. Ist auch die Harnröhre hergestellt, so bleibt es noch immer schwierig, sie mit der Hypospadieöffnung zu verbinden. Sehr oft mißglückt es.

Und doch ist es möglich, die Hypospadie in einer Sitzung zu operieren und zu heilen. Durch eine vorhergehende Inzision am Perineum und einen kleinen Harnröhrenschnitt führt man einen elastischen Katheter (Pezzer) in die Blase ein, sorgt so für den Abfluß des Urins und kann sich nun ruhig an die Herstellung der Harnöhre am Penis machen, wobei es ohne Bedeutung ist, welche Methode man anwendet. Aber man darf keinen Dauerkatheter in die neue Harnröhre einlegen. Ungereizt durch Katheter und Urin, die reizen und infizieren, wird die Nahtstelle nach einigen Tagen fest verwachsen sein. Dann entfernt man den Katheter aus der Dammwunde und behandelt den Kranken einfach wie einen mit Urethrotomia externa, d. h. man katheterisiert ihn einige Tage mit einem mittleren Metallkatheter. Die Dammwunde heilt mit großer Schnelligkeit zu.

Wir haben dieses Verfahren mit vollem Erfolge bei einem 18jährigen Jüngling angewendet, der schon früher mehrmals ohne Erfolg operiert worden war. Durch eine kleine perineale Inzision wurde zuerst ein elastischer Katheter in die Blase gelegt, hierauf eine Harnröhre mit aus dem Penis genommenen Lappen hergestellt. Der Katheter wurde sehr gut vertragen, während der Kranke bei früheren Operationen einen starken Widerwillen gegen den Dauerkatheter in der ganzen neuen Urethra und das Katheterisieren gehabt hatte. Als am 5. Tage die Seidenfäden entfernt wurden, war Heilung per primam eingetreten. Am 8. Tage Entfernung des Katheters aus der Dammwunde. Das hierauf folgende Katheterisieren mit einem Metallkatheter mittleren Kalibers ist sehr leicht. Obgleich der Kranke einmal durch die perineale Wunde Urin abgehen ließ, so war diese doch 4 Tage nachher (am 12. Tage nach der Operation) geschlossen. Also alles in allem 12 Tage Klinik!

Wir bedauern nur, diese Methode nicht von vornherein bei unserem Kranken angewendet und ihm so mehrere Operationen erspart zu haben.

Wenn ich das Operationsverfahren warm empfehle, so geschieht dies deshalb, weil es ein sofortiges Gelingen in der Behandlung der Hypospadia penis und penoscrotalis gestattet, ohne schwere Nachteile zu haben.

Übrigens begann Thiersch seine klassische Epispadiaoperation mit der Bildung einer perinealen Urinfistel, ein Verfahren, das manche Chirurgen als unnötige Komplikation unterließen, andere als gut beibehielten. Diese Methode bei Hypospadie verwendet, kompli-

ziert nicht nur nicht die Operation, sondern vereinfacht sie, und erlaubt alles in einer Sitzung zu vollenden — ein unbestreitbarer Vorteil.

Die Operation, wie wir sie ausführen, ist weder neu noch originell, aber den Bedingungen entsprechend und nützlich; darum bin ich sicher, daß sie auch schon von anderen Chirurgen mit Erfolg ausgeführt worden ist.

12. Juni 1905.

---

1) Die Spirochaete pallida (Schaudinn).

(Sammelreferat.)

Bei den vielen Mißerfolgen und Enttäuschungen, die bis in die neueste Zeit hinein die bakteriologische Syphilisforschung erlebt hatte, war es begreiflich, daß schließlich jede neuverkündete Entdeckung auf diesem Gebiete mit wachsender Skepsis aufgenommen wurde. Trotzdem konnte die Objektivität und Zurückhaltung, mit der Schaudinn und Hoffmann im April d. J. einen vorläufigen Bericht über das Vorkommen von Spirochäten in syphilitischen Krankheitsprodukten veröffentlichten, ihren Eindruck nicht verfehlen. Schaudinn fand zuerst in dem frischen ungefärbten Sekret syphilitischer Effloreszenzen äußerst zarte, schwach lichtbrechende, stark bewegliche, korkzieherförmige Gebilde, die nur als Spirochäten gedeutet werden konnten. Die Spirochäten sind Protozoen und als solche nicht mit den zur Klasse der Bakterien gehörigen Spirillen zu verwechseln, von denen sie durch mannigfache Unterschiede getrennt sind. Die Färbung der Spirochäten in den syphilitischen Krankheitsprodukten gelang nach einiger Mühe mittels der modifizierten Giemsa'schen Azur-Eosinfärbung, doch nahmen sie bei dieser wie bei allen anderen Färbungen nur sehr langsam und schlecht den Farbstoff an. Dieses Verhalten, sowie die Feinheit, Regelmäßigkeit und größere Zahl der Windungen unterscheidet die »Spirochaete pallida (Schaudinn)« von den Spirochätenformen, die schon früher von Berdal und Bataille bei Balanitis erosiva circinnosa, von Rona und von Czillag bei den verschiedensten Erkrankungen der äußeren Genitalien und auch im Smegma Gesunder nachgewiesen waren. Schaudinn und Hoffmann selbst fanden diese letztere Spirochätenart, die sie wegen ihres starken Lichtbrechungsvermögens »Spirochaete refringens« nennen, bei spitzen Kondylomen und neben der Spirochaete pallida in dem Oberflächensekret nässender syphilitischer Genitalaffektionen. In der Tiefe luetischer Papeln und Primäraffekte, sowie in dem teils durch Punktion, teils nach Exstirpation gewonnenem Safte syphilitisch erkrankter Leistendrüsen wiesen sie dagegen nur die blasse Spirochäte nach, und zwar in allen untersuchten Fällen und seither auch bei sekundären Effloreszenzen, die fern von der Genitalregion entstanden waren. Die gleichen Mikroorganismen wurden in einem Fall einen Tag vor dem Auftreten der ersten Roseola im Milzblute nachgewiesen.

Trotz aller dieser Tatsachen vermeiden es Schaudinn und Hoffmann, sich über die ätiologische Bedeutung ihrer Spirochäten auszusprechen. Daß diese wirklich eine Beziehung zur Syphilis haben, wurde noch wahrscheinlicher, als Metschnikoff mitteilte, daß er sie auch bei Affen gefunden habe, die experimentell mit Lues infiziert worden waren, und Schaudinn's und Hoffmann's Befunde am Menschen bestätigte. Da er ebenso wie die Berliner Autoren die Spirochäten bei keiner nicht syphilitischen Affektion gefunden hat, neigt er zu der Ansicht, daß sie tatsächlich als die Erreger der Syphilis und diese als eine »chronische Spirillose« anzusehen sei.

Es folgte nun der Nachweis der Spirochäten in den Organen hereditär-syphilitischer Kinder. Levaditi fand sie im Blaseninhalte des Pemphigus syphiliticus, ein anderes Mal auch in der Milz, den Lungen und besonders reichlich in der Leber. In Pemphigusblasen wurden sie ferner gesehen von Salmon und von Hoffmann und Schaudinn, während Buschke und Fischer sie in Milz und Leber und noch vor dem Tod im Blut eines hereditär-luetischen Kindes beobachteten. Von allen Seiten wurden dann die Befunde von Schaudinn und Hoffmann bestätigt, so in Hamburg von Paschen, in Berlin von Wechselmann, Pielicke, Loewenthal, Reckzeh, in Wien von R. Kraus, Paltauf, Volk, Lipschütz, Oppenheim, in Paris von Vuillemin, Levaditi, Nobécourt, Dorré. C. Fränkel in Halle fand Spirochäten bei sechs untersuchten Syphilisfällen, bei einer noch größeren Zahl Herxheimer und Hübner in Frankfurt, denen es auch gelang, zwei Spirochäten im Schnittpräparat eines Primäraffektes sichtbar zu machen.

Übereinstimmend wird von allen die Schwierigkeit der Untersuchung infolge der schlechten Färbbarkeit der Objekte betont. Diese Tatsache, die auch wir leider bestätigen müssen, wie auch die selbst bei sekundärer Lues oft anscheinend große Spärlichkeit der Spirochäten (wir haben sie in einem Falle von disseminiertem papulösem Exanthem in relativ großer Reichlichkeit und außerordentlich zahlreich in einzelnen Papeln eines hereditär luetischen Kindes, vereinzelt auch in dessen strömendem Blute gesehen) wird vorerst ihre diagnostische Verwertbarkeit sehr erschweren: Das nächste Erfordernis wäre gewiß eine Färbemethode, die in möglichst kurzer Zeit die Mikroorganismen deutlich hervortreten lassen würde. Ob die von Reitmann vorgeschlagene Methode das leistet, steht noch dahin. Ferner fehlt bisher der Nachweis von Spirochäten in den tertiären Produkten der Lues. Der absolut vollgültige Beweis ihrer spezifischen Natur würde natürlich erst durch Impfungen mit Reinkulturen zu erbringen sein. Aber in Anbetracht ihrer Protozoennatur ist die Hoffnung hierauf einstweilen gering, da es ja bisher noch nicht gelungen ist, andere schon lange bekannte Spirochäten zu kultivieren. Jedenfalls geben auch schon die bisherigen Befunde uns das Recht, die Schaudinn'sche Entdeckung als eine sehr aussichtsreiche zu bezeichnen.

F. Lewandowski (Bern).

Literatur.

1) **Schaudinn und Hoffmann**, Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochäten in syphilitischen Krankheitsprodukten und bei Papillomen. Arb. aus dem kaiserl. Gesundheitsamt 1905. Bd. XXII. Hft. 2.

2) **Dieselben**, Über Spirochätenbefunde im Lymphdrüsensafte Syphilitischer. Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 18.

3) **Dieselben**, Über Spirochaeta pallida bei Syphilis und die Unterschiede dieser Form gegenüber anderen Arten dieser Gattung. Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 22 u. 23.

4) **Metschnikoff et Roux**, Recherches microbiologiques sur la syphilis. Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes 1905. Juni. IV. Nr. 6.

5) **Levaditi**, Syphilis congénitale et spirochète pâle. Soc. de biol. 1905. Mai 20; Semaine méd. 1905. Nr. 21.

6) **Derselbe, Nobécourt et Dorré**, Soc. de biol. 1905. Juni 17; Semaine méd. 1905. Nr. 25.

7) **Salmon**, Soc. de biol. 1905. Mai 20; Semaine méd. 1905. Nr. 21.

8) **Buschke und Fischer**, Über Vorkommen von Spirochäten in inneren Organen eines syphilitischen Kindes. Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 20 u. 21.

9) **Paschen**, Ärztl. Verein Hamburg 2. Mai 1905. Münchener med. Wochenschrift 1905. p. 932.

10) **Berliner medizinische Gesellschaft.** Sitzung vom 24. Mai 1905. Berliner klin. Wochenschrift 1905. p. 731.

11) **Gesellschaft der Ärzte in Wien.** Sitzung vom 26. Mai 1905. Wiener klin. Wochenschrift 1905. p. 592.

12) **Vuillemin**, Academie des sciences 1905. Juni 5. Semaine méd. 1905. Nr. 24.

13) **C. Fraenkel**, Über das Vorkommen der Spirochaete pallida bei Syphilis. Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 24.

14) **Reitmann**, Zur Färbung der Spirochaete pallida Schaudinn. Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 25.

15) **Herxheimer und Hübner**, Über Darstellungsweise und Befund der bei Lues vorkommenden Spirochaete pallida. Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 26.

---

2) **Legge.** Industrial anthrax.

(Brit. med. journ. 1905. März 11 u. 18.)

In den 6 Jahren von 1899—1904 kamen 261 Fälle von Milzbrand des Menschen zur Kenntnis des Home Office in England. Nicht einbegriffen in dieser Zahl sind die Infektionen durch lebende Tiere oder deren Kadaver. Die 261 Fälle verteilen sich auf die Kammgarn- und Wollindustrie (88), die Roßhaar- und Borstenfabrikation (70), die Häute- und Fellebearbeitung (86), übrige Betriebe (17). Es endeten von 261 Fällen 67, d. h. 25,6%, tödlich. Von 248 Fällen, in denen über die Örtlichkeit der Pustel Angaben vorhanden sind, war 100mal (4,03%) Kopf und Gesicht, 103mal Hals und Nacken (41%), 31mal die obere (12%), 3mal die untere Extremität (1,2%) und 3mal der Rumpf befallen (1,2%). Die Lage der Primärinfektion wechselt je nach der Beschäftigung des Kranken und ist von großer Bedeutung für die Beurteilung der Schwere des Falles. Bei einer Vergleichung mit anderen Ländern stellt sich heraus, daß außerhalb Englands die Fälle von Milzbrandinfektion durch Tiere oder Tierkadaver an Zahl die-

jenigen durch Sporen in Wolle, Roßhaar, Häuten und Fellen weit übertreffen. Interessant ist die Angabe, daß bei der letzten Expedition nach Tibet von 3000 mitgenommenen Jaks nicht weniger als die Hälfte zugrunde ging, im wesentlichen durch Milzbrand.

Bei Besprechung der Behandlung des Milzbrandkarbunkels beim Menschen erwähnt L. kurz die bisher geübten Methode (exspektative Behandlung mit Ruhe, Hochlagerung usw.; Kauterisation mit Glüheisen, reiner Karbolsäure, Pottasche; Injektion von 5%iger Karbolsäurelösung; Exzision im Gesunden; Behandlung mit gepulverter Ipekakuanha), und kommt dann des genaueren auf die Serumtherapie nach Sclavo zu sprechen. Das Antianthraxserum ist bisher in 67 Fällen zur Anwendung gekommen, davon weitaus die meisten in Italien. Dazu kommen während der Drucklegung der Arbeit drei Fälle aus der englischen Literatur. Fast in jedem der günstig verlaufenen Fälle beginnt am 3. Tage nach der Injektion die Besserung der örtlichen und allgemeinen Symptome. Die Heilung des Karbunkels erfolgt meist schnell und mit geringer Narbenbildung.

9 von den 67 Fällen endeten tödlich: Teils waren es hoffnungslose Pat., die zu spät zur Behandlung gekommen waren, teils Alkoholiker und Luetiker. — Meist genügten als Anfangsdosis 20—30 ccm, in späteren Stadien 40 ccm. In 39 Fällen war die Anfangsdosis allein hinreichend. — Sclavo selbst stellte 1903 für Italien bereits eine Gesamtzahl von 164 mit seinem Serum Behandelter zusammen. Die Sterblichkeit dieser Fälle betrug 6%, ist also sehr günstig zu nennen im Vergleiche zu den bisher im allgemeinen anzunehmenden 24%. — L. faßt sein Urteil über das Antianthraxserum in folgenden Sätzen zusammen: es ist auch in großen Dosen ungefährlich; es wird auch intravenös gut vertragen; bei frühzeitiger Serumbehandlung ist der günstige Ausgang sicher; selbst weit vorgeschrittene, fast hoffnungslose Fälle können durch das Serum noch bisweilen gerettet werden; bei frühzeitiger Seruminjektion ist die Gewebszerstörung gering; die Genesung erfolgt meist in wenigen Tagen.

Der Rest der umfangreichen Arbeit ist gewidmet der Beschreibung der Serumgewinnung nach Sclavo, der Behandlung milzbrandkranker Haustiere mit sonstigen Antianthraxseris (Pasteur, Sobernheim) und den mannigfaltigen Theorien über die Wirkungsweise des Serums.

W. Weber (Dresden).

---

3) **A. Markus** (München). Eine neue lokale Behandlungsmethode des Furunkels und Karbunkels.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 21.)

M. sticht in die Follikelöffnung des Furunkels eine Epilationsnadel ein, die bei anschwellender Stromstärke bis zu 10 Milliampère abwechselnd als Minus- und als Pluspol auf das Gewebe einwirken gelassen wird. Die Maßnahme wird bei schon bestehender Eiterung 2mal am Tage wiederholt, wobei die Nadel in dem Entzündungsherde hin und her bewegt wird, um die vereiterten, durch die kleinen Wasser-

stoffgasexplosionen zerrissenen Gewebe an die Oberfläche zu bringen; durch die Sauerstoffentwicklung bei Anwendung des Pluspols erfolgt eine energische Desinfektion. M.'s Erfolge waren sehr gute. Bei ausgedehnten Schwellungen und phlegmonöser Entzündung dürfen rechtzeitige Einschnitte natürlich nicht unterlassen werden.

Kramer (Glogau).

---

4) **Kromayer** (Berlin). Die Heilung der Akne durch ein neues narbenloses Operationsverfahren: das Stanzen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 20.)

Da bei Eröffnung der Akneknoten mit dem Messer Narben zurückbleiben, verwendet K seit mehreren Jahren die Stanzmethode zur Heilung der Akne. Hierbei werden Zylindermesser senkrecht auf die Haut aufgesetzt und mittels einer Bohrmaschiene in rasche Rotation gebracht, wodurch aus der Haut ein kleiner Zylinder von 0,7 mm bis 1,2 mm Durchmesser je nach dem Durchmesser des schneidenden Instrumentes herausgeschnitten werden. In wenigen Minuten lassen sich hundert derartige Stanzungen ausführen; der Schmerz ist nicht größer als der des Stiches einer scharfen Nadel, die Blutung minimal, die Heilung der mit Blutkrüstchen bedeckten punktförmigen Stanzöffnungen eine sehr schnelle und erfolgt ohne Narben. Nach K.'s Erfahrungen bildet die Methode ein sicheres und bequemes Mittel, um 1) das Entstehen von Finnen an prädisponierten Follikeln zu verhindern, 2) die im ersten Beginn der Entwicklung begriffenen abortiv zu beseitigen und 3) ausgebildete schnell zu heilen. Selbstverständlich sind außerdem noch etwaige Magenkatarrhe und andere die Grundlage der Krankheit bildende Leiden sorgfältig zu behandeln.

Kramer (Glogau).

---

5) **Grillo la Rocca.** Traitement du lupus vulgaire par les injections intra-dermiques de solution forte de sublimé.

(Bull. méd. 1905. Nr. 27.)

G. hatte in zwei Fällen von Lupus vulgaris des Gesichtes vorzüglichen Erfolg durch folgende Methode: Sublimatlösungen in zunehmender Konzentration bis zu 1 : 100 wurden intrakutan zunächst in die gesunde Haut in der Umgebung der Lupusstelle ringsumher eingespritzt, sodann auch in die Haut der Lupusstelle selbst an verschiedenen Punkten. Jedesmal wurden nur einige Tropfen injiziert, um jede stärkere Aufblähung der Haut mit nachfolgender Eiterung oder Nekrose zu vermeiden. Es wurden nur frisch hergestellte Lösungen verwendet. Nach vollkommener Infiltration der Lupusstellen in ihrer ganzen Ausdehnung begann sie rasch abzublassen, die Lupusknötchen verschwanden, die Ulzerationen vernarbten mit weichen und glatten Narben.

Mohr (Bielefeld).

---

6) **H. G. Adamson.** On the treatment of ring worm of the scalp by means of the X-rays.

(Lancet 1905. Juni 24.)

Verf. beschreibt eingehend sein Verfahren, den Herpes tonsurans der Kopfhaut mit Röntgenstrahlen zu behandeln. Die Behandlung geschieht in einer Sitzung, die Strahlungsintensität mißt Verf. genau mit Hilfe der radiometrischen Pastillen von Sabouraud. Die Anwendung derselben fand er außerordentlich einfach und exakt. Das Ausfallen der Haare und damit das Verschwinden der Krankheit begann 14 Tage nach der Sitzung; 6 Wochen nach vollendetem Defluvium beginnt das Wachstum neuer Haare, und zwar in allen Fällen.

Die Arbeit gibt eine Fülle praktischer therapeutischer Winke für das Röntgenheilverfahren dieser Krankheit.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

7) **Siter** and **Uhle.** The use of iodide of silver in urethritis.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1905. Mai.)

Die Verf. erzielten in etwa 100 Fällen von Gonorrhöe gute Erfolge mit 5—10%igen Lösungen von Silberjodid, bezw. Suspensionen des unlöslichen Salzes in Quittensamenschleimabkochungen. Diese reizen weniger und können daher in stärkeren Dosen verwendet werden als Silbernitrat. Die Behandlung kann sofort begonnen werden; die Schmerzen beim Urinieren lassen binnen 24 Stunden nach, der Ausfluß verschwindet binnen einer Woche. **Mohr** (Bilefeld).

8) **Chetwood.** Prostatism without enlargement of the prostate.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

Als Prostatismus bezeichnet C. einen Zustand, in welchem Urindrang und Schwierigkeit zu urinieren, Retention sowie Schmerzen während und nach diesem Akte bestehen. Diese Krankheit wird nicht immer durch eine Vergrößerung der Prostata hervorgerufen, sondern auch durch eine Kontraktion des Blasenhalses, welche in einer fibrösen Stenose des Orificium vesicale besteht. Diese stellt nicht etwa einen Krampf oder eine Schleimhautfalte dar, ist vielmehr die Folge einer entzündlichen Induration. Die Diagnose auf diesen Zustand ist zu stellen, wenn bei den oben genannten Beschwerden eine normal lange Harnröhre, eine nicht vergrößerte Prostata besteht und Anzeichen einer Rückenmarkserkrankung fehlen. Man muß an die Krankheit denken, wenn man bei der perinealen Freilegung und Öffnung der Harnröhre mit dem Finger nicht in die Blase kommt. Die Therapie besteht in der galvanisch ausgeführten Prostatotomie, zu welcher Verf. ein eigens von ihm konstruiertes Instrument angibt.

Herhold (Altona).



9) Cunningham. A study of various forms of prostatic hypertrophie from post mortem specimens and by the cystoscop with reference to operation.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

C. weist darauf hin, daß bei der chirurgischen Behandlung der Prostata noch keine Einigkeit vorhanden ist, und daß von den einzelnen Chirurgen noch verschiedene Operationsverfahren angewandt werden. Der Grund hierfür liegt nach ihm in der Verschiedenheit des Sitzes der Vergrößerung der Drüse. Er hält daher vor jeder Operation eine genaue cystoskopische Untersuchung für notwendig, durch welche der Sitz der Vergrößerung der Prostata und die Beschaffenheit der inneren Blasenöffnung festgestellt wird. Diese cystoskopische Untersuchung soll verbunden werden mit kombinierter Betastung der Prostata, wobei das Cystoskop in der Blase und dicht auf der Prostata und der entgegendrückende Finger im Mastdarm sich befindet. Um die hintere Blasenöffnung und die Prostata zu sehen, ist es notwenig, daß das Cystoskop einen rechtwinklig angesetzten Schnabel besitzt. Die verschiedenen Bilder bei verschiedenartiger Vergrößerung der Prostata sind abgebildet und werden erläutert. Auch die Art des Durchganges des Instrumentes durch die prostatische Harnröhre kann die Art der Vergrößerung der Drüse erkennen lassen.

Herhold (Altona).

---

10) Wiener. Suprapubic prostatectomie without ether or chloroform.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

Es ist ein nicht zu niedrig anzuschlagendes Verdienst der amerikanischen Chirurgen, daß sie andauernd bestrebt sind, die Technik der Prostatektomie möglichst zu vervollkommnen. So schlägt W. vor, die suprapubische Ausschälung nur unter Anwendung von Lachgas (nitrous oxid) auszuführen, da hierdurch die Gefahr von Chok, Sepsis und Blutungen erheblich gemindert wird. Von zehn auf diese Weise operierten älteren Leuten verlor er keinen, das funktionelle Resultat war ebenfalls ein sehr gutes. Er glaubt, daß durch Übung die suprapubische Prostatektomie in recht kurzer Zeit zu vollenden sei; er brauchte dazu in seinen letzten Fällen nur 5 Minuten, während er früher stets 19 Minuten lang operierte. Aus diesen Gründen sei bei alten Leuten der eben genannten Operation der Vorzug zu geben, während bei jüngeren und kräftigeren Pat. der perineale Weg gewählt werden könne. Den vorherigen Gebrauch des Cystoskops, um festzustellen, welcher Lappen der Drüse vergrößert sei, hält er nicht nur nicht für überflüssig, sondern wegen der Gefahr, einen akuten Blasenkatarrh zu erzeugen, für gefährlich. Nach Möglichkeit vermeidet er auch jedes Katheterisieren vor der Operation aus demselben Grunde. (? Ref.) Die zehn operierten Fälle werden näher beschrieben.

Herhold (Altona).

---

11) **Lilienthal.** The treatment of prostatic hypertrophie by enucleation trough a suprapubic incision.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

L. zieht die suprapubische Prostatektomie allen anderen Methoden vor; er berichtet über 31 Fälle, von welchen er selbst 20 und sein Assistent 11 operierte. Es starb nur ein Pat., der bereits vor der Operation an urämischen Anfällen gelitten hatte. Bei den übrigen funktionierte die Blase tadellos bis auf zwei, in denen eine Parese des Sphinkters resp. ein geringer Residualharn bestanden; aber auch diese beiden Pat. fühlten sich viel wohler als vor der Operation. Verf. führt die Operation in der üblichen Weise aus, er hält eine Verletzung der Urethra prostatica bei der Eukleation der Prostata für durchaus vermeidbar. Die Wundhöhle, welche an der Stelle der Prostata entsteht, tamponiert er 48 Stunden mit Gaze, dann wird ein Rohr in die Blase durch die nur kleine Blasenwunde eingeführt und 14 Tage lang permanent irrigiert, wozu ein siphonartiger Apparat gebraucht wird. Nach 2 Wochen wird das Rohr entfernt; die Blasenwunde schließt sich dann schnell. Vor der Operation wird durch zweitägige Behandlung mit Salol und dreistündliches Katheterisieren die Cystitis behandelt. Sind die Pat. sehr herunter gekommen, so kann zweizeitig operiert werden, indem vor der Prostatektomie die Cystotomie ausgeführt wird. Daselbe gilt bei etwaiger Urämie und Sepsis.

Herhold (Altona).

---

12) **Young.** Conservative perineal prostatectomie.

(Annals of surgery 1905.)

Verf. beschreibt die von ihm geübte Methode der perinealen Prostatektomie, welche in kurzen Zügen folgendermaßen ausgeführt wird: 1) $\wedge$-förmiger Schnitt durch Haut, Fett und Fascien, dann stumpfes Vordringen bis zur Drüse; nur die in der Mittellinie liegenden Gewebe (Muskelsehnen) werden scharf durchtrennt. 2) Eröffnung der Pars membranacea und Einführung seines Retraktors durch diese Öffnung in die Harnblase, Öffnen des Retraktors und Herunterdrängen der Prostata in die Wunde. 3) $1^1/_2$ cm tiefe, seitliche Schnitte durch die Kapsel der Drüse, Abpräparieren der Kapsel seitlich mit stumpfer Schere, median mit dem Finger und Herausholen der Seitenlappen. Ist noch ein mittlerer Lappen vorhanden, so kann derselbe mittels Retraktor oder Finger in die so entstandenen Seitenhöhlen gedrängt und exstirpiert werden. Zuweilen ist es allerdings nötig, zur Exstirpation des mittleren Lappens die Mitte der Kapsel oder gar die des Bodens der prostatischen Harnröhre zu spalten. Dann resultiert aber eine Verletzung der Ductus ejaculatorii und ein Hineinragen der durchschnittenen Vasa deferentia in die Wunde, was unter Umständen eine Epididymitis zur Folge haben kann. Die Nachbehandlung besteht in der Einführung eines Doppeldrain (zwei Katheter) in die Harnblase und in permanenter Irrigation derselben; die Seitenhöhlen der Prostata-

kapsel werden mit Gaze ausgestopft. Nachdem revidiert ist, ob der Mastdarm nicht verletzt wurde, werden die Mm. levatores an den Mastdarm durch Nähte herangezogen.

Von 75 in dieser Weise operierten Pat. verlor Y. nur 4, die jedoch auch erst einige Wochen nach der Operation starben. Residualharn war nur bei zwei Pat. vorhanden; vorübergehende Incontinentia urinae kam vor, doch war dieselbe nicht dauernd. Die sexuelle Potenz wurde bei recht vielen erhalten. Y. gibt der perinealen Prostatektomie vor allen anderen Behandlungsmethoden den Vorzug.

Herhold (Altona).

---

13) **Pilcher.** The choice of operativ method for the removal of the hyertrophied prostate.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

Nach P. hat man bei Ausführung der Prostatektomie noch auf 5—10% Todesfälle zu rechnen, in 60% der Fälle ist nach den Statistiken freier Weg für den Urin erzielt. Die Nachteile der Operation können bestehen 1) in nach derselben eingetretener Impotenz, welche namentlich nach Entfernung des mittleren Lappens eintritt. Vermeiden läßt sie sich dadurch, daß man in schwierigen Fällen nur partielle Resektionen der Drüse vornimmt, welche eben zum freien Abfluß des Urins genügen. 2) Incontinentia urinae ist nicht häufig dauernd, und in den sehr wenigen Fällen, in welchen sie bestehen bleibt, fühlen sich die Operierten doch wohler als vor der Operation. 3) Orchitis und Epididymitis infolge Infektion der Wunde. 4) Fisteln: die suprapubischen und perinealen Urinfisteln treten nur dann ein, wenn Verengerungen im vorderen Teile der Harnröhre bestehen und nicht beseitigt werden; recto-urethrale Fisteln werden durch Verletzung des Mastdarmes hervorgerufen, lassen sich im allgemeinen aber vermeiden; nur bei in der Umgebung des Mastdarmes voraufgegangenen entzündlichen Prozessen kann es auch dem besten Operateur begegnen, daß er den Mastdarm verletzt. Die Fisteln werden durch eine plastische Operation beseitigt. 5) Stikturen am Blasenhalse treten nur ein, wenn die ganze Pars prostatica urethrae entfernt wurde. Was die Indikation zur Operation betrifft, so soll ein Katheterleben nur zugelassen werden, wenn die Pat.. die Operation verweigern oder wenn sie durch fortgeschrittene Nierenerkrankung oder andere Umstände zu sehr geschwächt sind. Voraussetzung ist hierbei jedoch, daß das Katheterisieren gut möglich ist. Was die Operation selbst anbetrifft, so hält P. die perineale Methode für die beste, bei welcher die Prostata freigelegt und unter dem Auge des Operateurs ganz oder teilweise entfernt wird. Er bedient sich der Methode von Young, über welche vorstehend in diesem Blatte berichtet wurde. Eine Vorbehandlung der Blase hält er für unbedingt, eine vorherige Cyst[illegible] in gewissen Fällen für nötig. Als Anästhetikum kann [illegible] Äther benutzt werden. Von 23 Fällen, die P. operie[illegible] Inkontinenz bestand bei zweien, Orchitis und Epididym[illegible]

[illegible]

---

14) **Ruggles.** The cause of incontinence as a sequel of prostatectomy.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

R. glaubt nicht, daß die nach Prostatektomien eingetretene Inkontinenz durch Abreißen des Blasenhalses oder der prostatischen Harnröhre, sondern durch eine Schädigung des Sphincter externus vesicae bedingt werde. Dieser liegt in dem Raume zwischen den beiden Lagen des Lig. triangulare. Sobald sich in der Blase 3—4 Unzen Urin angesammelt haben, so erschlafft der schwache Musc. vesicae intern. und läßt den Urin in den hinteren Teil der Harnröhre treten; erst der starke externe Blasenmuskel veranlaßt das Austreten des Urins durch den vorderen Teil der Harnröhre; daher muß auch die Inkontinenz durch eine Läsion dieses äußeren Muskels bedingt sein. Diese kann eintreten durch die Manipulationen an der Prostata selbst, in deren nächster Nähe der den Sphinct. extern. versorgende Nerv verläuft, oder durch Zerrungen der Urethra membranacea, welche sich naturgemäß auf die Urethra posterior fortsetzen. Verf. schlägt vor, den Schnitt in die Urethra membranac. dicht an die Prostata und genau in die Mitte zu legen, ferner alles Ziehen und Zerren an der membranacischen Harnröhre zu vermeiden. **Herhold** (Altona).

---

15) **H. A. Kelly.** Tuberculosis of the kidney.

(Lancet 1905. Juni 17.)

Verf., der bekannte Gynäkologe der John Hopkins Universität, gibt eine kurze, übersichtliche Darstellung seiner Beobachtungen von Nierentuberkulose in bezug auf Diagnose, Klinik und Prognose. Bei der Diagnostik ist zu bemerken, daß Verf. bei seinen Fällen, alle natürlich weiblichen Geschlechts, sich ausschließlich der von ihm angegebenen Methode der direkten Cystoskopie bedient und sehr zufrieden damit ist. Was die Behandlung angeht, so ist die totale Entfernung der kranken Niere allein Erfolg versprechend. Partielle Resektionen führen nur ausnahmsweise zu günstigen Resultaten. In sehr kachektischen Fällen ist oft als Voroperation eine Spaltung der Niere und Eröffnung der Abszesse von großem Werte. In alten suppurativen Fällen empfiehlt Verf. die intrakapsuläre Enukleation, die sehr zweckmäßig mit einem in die Nierensubstanz eingebohrten Finger stückweise von innen nach außen vorgenommen werden kann. Zu beachten ist, daß im Harnleiter oft nur eine Ureteritis und Periureteritis simplex besteht; ein erweiterter und stellenweise strikturieter Harnleiter spricht für Tuberkulose, nur ein solcher ist folglich zu exstirpieren. Auch in verzweifelten Fällen hatte Verf. noch günstige Erfolge; er operiert noch, wenn die Krankheit Niere und Harnleiter einer Seite und Blase betrifft; dabei darf event. noch eine Pyelitis simplex der anderen Seite vorhanden sein, ohne die Prognose absolut ungünstig zu machen. K. geht dann so vor: 1) Drainage der schwer erkrankten Blase durch

eine angelegte Fistel; 2) Exstirpation der Niere und des Harnleiters; 3) prolongierte Bäder täglich; 4) Schluß der Fistel; 5) Ätzung hartnäckig erkrankter Blasenpartien mit Höllenstein (direkte Cystoskopie); 6) Dehnungs- und Irrigationsbehandlung der Blase; 7) Exzision etwaiger noch vorhandener Krankheitsreste.

Verf. berichtet eine derartige, vollendeten Erfolg beweisende Krankheitsgeschichte. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

Kleinere Mitteilungen.

16) Vierter Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie. 25. April 1905.

Vorsitzender: An Stelle des erkrankten v. Mikulicz-Radecki Heusner-Barmen.

Referent: Drehmann-Breslau.

(Schluß.)

13) **Froelich** (Nancy): **Abnorme Formen von Blutergelenk.**

F. beschreibt zwei Formen von Blutergelenken, die von dem allbekannten Leiden, das gewöhnlich am Knie bei Kindern sich zeigt, und wie eine tuberkulöse Arthritis entwickelt, ganz erheblich abweichen. Diese Form ist durch Prof. Dr. König zuerst beschrieben worden.

Die erste Form spielt sich am Hüftgelenk ab und hat den Anschein einer Osteomyelitis acuta: hohes Fieber, große Schmerzhaftigkeit, Anschwellung der Gelenkgegend sind genau dieselben. Nur ist die Geschwulst, statt rot gefärbt, von blassem Ansehen. Nach 10 Tagen ungefähr schwinden diese stürmischen Symptome, und es tritt völlige Heilung ein. Dieser osteomyelitisähnliche Anfall bei einem Bluter muß jedem Chirurgen bekannt sein, denn die Therapie ist eine rein exspektative, da spontane Heilung stets in kurzer Zeit eintritt. Ein operativer Eingriff kann den Tod durch Blutung herbeiführen wie bei einem der Kranken, den F. zitiert.

Die zweite Form, die F. beschreibt und die er Arthritis haemophilica tardiva nennt, zeigt sich bei Pat., die in ihrer Jugend gar keine Merkmale von Hämophilie getragen haben oder nur geringe Blutersymptome aufwiesen.

Bei diesen Kranken, sämtlich Männer, zeigt sich im 17. oder 23. Jahre ein Knieleiden, das einen Tumor albus, ossärer Form, vortäuscht. Wenn man nach Jahren reseziert, so findet man ein reines Blutergelenk ohne jegliche tuberkulöse Erkrankung; auch sind die Folgen der Operation keine schlimmen.

Tuberkulininjektion bleibt bei diesen Pat. reaktionslos. (Selbstbericht.)

14) **v. Aberle** (Wien): **Subkutane Osteotomie.**

Vortr. berichtet über eine neue, der subkutanen Tenotomie analoge Knochentrennungsmethode. Das allgemein anwendbare Verfahren wird mit einem einfachen, nur 1 cm breiten Meißel vorgenommen, der wie ein Trokar eingestoßen wird. Die nur teilweise Durchmeißelung erfolgt ausschließlich in der Zirkumferenz des Knochens. Der Rest desselben bleibt der Osteoklasis vorbehalten. Das Verfahren zeichnet sich durch die absolute Gefahrlosigkeit und Einfachheit der Ausführung aus. (Selbstbericht.)

15) **Robinson und Werndorff** (Wien): **Eine neue Methode in der Diagnostik der Gelenkerkrankungen.**

Fußend auf den Versuchen Prof. Gärtner's in Wien, welcher nachgewiesen hat, daß in die Blutbahn unter bestimmten Bedingungen eingeführter Sauerstoff nicht nur schadlos vertragen werden, sondern sogar die Lungenatmung vertreten und bei gewissen Krankheiten lebensrettend wirken kann, haben die Vortr. Sauerstoff

in die Gelenke und Weichteile eingeblasen, um auf dem hellen Bilde dieses eingeblasenen Gases am Röntgenschirm die sonst in der Röntgenphotographie nicht darstellbaren Knorpel, Bänder und Kapseln der Gelenke, sowie andere Weichteilgebilde sichtbar zu machen. Die Vortr. beweisen an der Hand der demonstrierten Bilder die Wichtigkeit dieser Methode für die medizinische Diagnostik.

Im Gange der Untersuchungen haben die Vortr. zunächst den Wert dieser rönchologischen Differenzierungsmethode durch Leichenversuche erhärtet und sich überzeugt, daß der Voraussetzung gemäß sonst rönchologisch nicht nachweisbare Weichteilgebilde (Knorpel, Bänder, Kapsel, Sehnenscheiden, Schleimbeutel, Abszeßhöhlen) zur Darstellung gebracht werden können. Die Übertragung dieser Methode auf den Lebenden unter den von Gärtner aufgestellten Kautelen führte in normalen und pathologischen Fällen zu Resultaten, welche einen wesentlichen Fortschritt in der chirurgisch-rönchologischen Diagnostik bedeuten. Die Vortr. demonstrieren u. a. Insufflationsbilder von chronischen Arthritiden mit und ohne Skelettveränderungen, Synovialtuberkulosen, angeborenen Hüftgelenksluxationen usw.

Zum Schluß betonen die Vortr. die Wichtigkeit der Wahl chemisch reinen Sauerstoffs und Einhaltung aller von Gärtner angegebenen Vorsichtsmaßregeln und warnen auf das eindringlichste vor einer Vereinfachung der Methode durch Injektion von Luft statt des Sauerstoffes, da man in jedem Falle mit der Möglichkeit einer Gasembolie rechnen muß, die bei der Wahl von Sauerstoff unter bestimmtem Druck und bestimmter Menge nachgewiesenermaßen ungefährlich ist.

(Selbstbericht.)

16) Drehmann (Breslau): Deformitäten nach Gelenkentzündungen im frühesten Säuglingsalter.

D. berichtet über drei weitere Fälle von Deformitäten, welche sich im Anschluß an eine Gelenkentzündung in den ersten Lebenstagen entwickelt haben. Die Deformitäten waren von angeborenen kaum zu unterscheiden; in zwei Fällen handelte es sich um Hüftluxationen, im dritten um ein Genu varum und willkürliche Luxation im Schultergelenk mit Verkürzung des Oberarmes. Die genannten Gelenkentzündungen sind gonorrhoischer Natur, ein Fall war mit einer Augeneiterung der Neugeborenen kompliziert. (Selbstbericht.)

17) Spitzy (Graz): Weitere Erfahrungen über Nervenplastik.

Redner referiert über seine an einer großen Reihe von Tierversuchen erprobten Nervenpfropfungen, die er auch in einer größeren Anzahl mit sehr ermutigenden Resultaten bei Lähmungen einzelner Muskelgruppen auch beim Menschen vorgenommen, so besonders günstig bei einer Peroneuslähmung. Demonstration der Operationsskizzen und Krankengeschichten, sowie der Mikrophotogramme der Implantationsstellen der Tierversuche. (Selbstbericht.)

18) Perthes (Leipzig): Zur Pathologie und Therapie der angeborenen Knieluxation.

Vorstellung zweier Geschwister mit doppelseitiger Knieluxation, von welcher das eine mit blutiger Reposition behandelt wurde. Bei beiden besteht eine abnorme Kapselerschlaffung aller Gelenke. (Drehmann).

Diskussion. Reiner (Wien): Abnorme Kapselschlaffheit aller Gelenke sei eine häufige, den Kinderärzten wohlbekannte Erscheinung; sie ist in Verbindung mit kongenitalen Luxationen schon einigemal beobachtet worden (Wolff, Friedländer), dürfte jedoch mit kongenitalen Luxationen nicht in enger ätiologischer Beziehung stehen. Doch ist die Kombination von kongenitaler Hüftverrenkung mit kongenitaler Kniekontraktur sehr häufig. Es handelt sich bei dieser letzteren einerseits um Hyperextensions-, andererseits um Hyperflexionskontraktur. Das häufige familiäre Vorkommen der kongenitalen Luxation werde fälschlicherweise oft als hereditäres bezeichnet. (Selbstbericht.)

19) Gocht (Halle a. S.): Demonstration eines portativen Apparates zur Streckung von Kniegelenkskontrakturen.

20) Gocht (Halle a. S.): **Anatomische Untersuchungen aus dem Bereiche des kongenital verrenkten Hüftgelenkes.**

G. berichtet über Veränderungen an Bändern und Muskeln und macht auf eine öfter vorkommende Abnormität des M. pyriformis aufmerksam, die zur Erklärung der ab und zu vorkommenden Ischiadicuslähmung bei der unblutigen Einrenkung herangezogen werden kann. (Drehmann).

21) Bade (Hannover): **Zur Verbandstechnik bei der angeborenen Hüftverrenkung.**

B. verfährt nach folgenden Grundsätzen:

1) Zeigt das Röntgenbild, daß der Kopf konzentrisch in der Pfanne steht, daß kein schlechter oberer Pfannenrand vorhanden ist, so bleibt der Verband nur 3 bis 4 Monate liegen.

2) Steht der Kopf nur unter dem oberen Pfannenrande, nicht genau vis-à-vis dem Y-förmigen Knorpel, so wird kein definitiver Verband angelegt, sondern erneut reponiert.

3) Steht der Kopf genau dem Y-förmigen Knorpel gegenüber, aber nicht in innigem Kontakte mit ihm, so wird ein sogenannter Pressionsgipsverband angelegt, d. h. die Bindenzüge werden so geführt, daß der Zug der Binden den Kopf in die Pfanne preßt.

4) Bei der doppelseitigen Luxation muß die Bindenführung dann niemals von einer Seite sofort zur anderen gehen, weil dann durch den Zug der Binde an der einen Seite der Kopf nach dem hinteren Pfannenrande gedrückt wird und an der einen Seite Reluxation entstehen kann, während an der anderen Seite der Kopf richtig nach vorn gedrängt wird.

5) Ist der Kopf zwar konzentrisch in der Pfanne, aber nach dem Röntgenbilde der Kontakt zwischen Kopf und Pfanne kein inniger, so kommt man mit kurzer Fixation nicht aus. Man muß dann

6) beim Verbandwechsel sehr vorsichtig sein. Das Herausnehmen der Kinder aus dem ersten Verbande muß so geschehen, daß das Kind Extremität und Becken nicht bewegen kann. Dies erreicht B. durch Fixierung mit Sandsäcken. Die Stellungsänderung muß sehr vorsichtig bewerkstelligt werden und darf nicht weiter getrieben werden als bis das Kind durch Anspannung seiner Muskel reagiert. Jede Narkose muß beim Verbandwechsel vermieden werden. Die von Vogel beim Verbandwechsel empfohlene Extension ist kontraindiziert. Durch jedes Ziehen an der Extremität vermindert man den innigen Kontakt zwischen Kopf und Pfanne.

7) B. glaubt, daß er nur diesem vorsichtigen Vorgehen es zu verdanken hat, daß er in 24 im letzten Jahre reponierten Fällen — darunter eine 11- und 12jährige doppelseitige — bis zum Abschluß der Behandlung nie eine Reluxation erlebte, sondern immer konzentrische Einstellung des Kopfes in die Pfanne erreichte. (Selbstbericht.)

Diskussion. Hoeftmann (Königsberg i. Pr.) legt der Modifikation wenig Bedeutung bei.

22) E. Meyer (Köln a. Rh.): **Schiebeapparat zu orthopädischen Zwecken.**

M. demonstriert einen orthopädischen Übungsapparat, bei dem Holzschlitten, welche sich auf Führungsleisten leicht auf- und abbewegen lassen, anstelle von Pendelapparaten benutzt werden. Die verschiedenen Übungen, welche sich an dem Apparate vornehmen lassen, sind Abduktions-, Pronations- und Supinationsbewegungen im Fußgelenke, ferner Redressionsübungen gegen Spitz- und Hackenfuß. Außerdem kann man redressierende Bewegungen gegen Kontrakturen und Verkürzungen einer Extremität vornehmen lassen. Endlich kann der Apparat, der auch ein fein nuanciertes manuelles Arbeiten des Arztes gestattet, zu gymnastischen Zwecken im Gebiete der unteren Extremität benutzt werden. (Selbstbericht.)

23) K. Cramer (Köln a. Rh.): **Gipsverbandbehandlung bei Ischias.**

Ehret hat nachgewiesen, daß der N. cruralis und N. ischiadicus bei leichter Flexion, Außenrotation und Abduktion des Oberschenkels und Flexion des Unter-

schenkels von Zug und Druck entlastet sind. Er wandte bei 14 Fällen Wasserglasverbände in dieser »Selbsthilfestellung« an, um die kompensatorischen Verbiegungen der Wirbelsäule zu vermeiden. Ich habe diese Methode angewandt zur Heilung von Ischias in neun Fällen. Fünf waren schon wochen- oder monatelang in anderen Krankenhäusern ohne Erfolg behandelt worden. Ein Fall wurde nicht geheilt, weil er zu früh (nach 3 Wochen) aus dem Verbande genommen wurde, den ich immer 4 Wochen liegen ließ. Diese Fixierung des Beines in Selbsthilfestellung wird durch die pathologische Anatomie begründet. Letzteres eignet sich nicht zu einem kurzen Referate. Nachbehandlung mit Massage und Medikomechanik.

(Selbstbericht.)

24) J. Koch (Hagen): Zur Technik der Quadricepsplastik.

Auf Grund praktischer Erfahrungen und histologischer Untersuchungen über die pathologische Anatomie der durch die spinale Kinderlähmung degenerierten Muskeln habe ich in einer Arbeit in der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIII, »Beiträge zur Sehnenplastik«, den Satz formuliert:

»daß jeder degenerierte Muskel mit noch vorhandener Muskelsubstanz seine Funktion wieder aufnehmen kann, sofern er unter Bedingungen gesetzt wird, die ihm gestatten, sich wieder aktiv zu kontrahieren. Jedoch wird die Kraft seiner Kontraktion sehr verschieden sein; sie ist abhängig von der Zahl der übriggebliebenen Muskelfasern und -Reste, sowie der Menge der neugebildeten, oder mit anderen Worten: »Jeder spinal degenerierte Muskel ist noch funktionsfähig, in dem noch Muskelsubstanz genügend vorhanden.«

Die Bedingungen aber, die erfüllt sein wollen, um die in den degenerierten Muskeln gewissermaßen schlummernde Kraft wieder zu neuem Leben zu erwecken, sind einmal das Vorhandensein einer genügenden Menge kontraktiler Substanz und zweitens die Wiederherstellung der elastischen Spannung, bekanntlich ein Moment, daß für die Wirkung des Muskels von der größten Bedeutung ist. Eine vielfältige Erfahrung bei unseren Sehnenplastiken hat uns gelehrt, daß häufig Muskeln eine befriedigende Funktionsfähigkeit wieder erlangen, deren Sehnen wir durch eine Verkürzung den nötigen Grad der Spannung gegeben haben.

Diese Erwägungen leiteten mich, bei den Operationen zur Herstellung eines künstlichen Quadriceps in erster Linie eine Verkürzung der Quadricepssehne selbst vorzunehmen und auf die unter starke Spannung versetzte Sehne die geeigneten Muskeln zu transplantieren. Ich habe stets einen guten Erfolg erzielt.

Bei den auf diese Weise operierten Fällen kann man aber nicht sagen, wieviel des guten Erfolges auf Rechnung des verkürzten Quadriceps, wieviel auf Rechnung der transplantierten Muskeln kommt; ich habe deshalb in einem Falle mit vollem Erfolge nur den Musc. quadriceps verkürzt, ohne einen anderen Muskel zu transplantieren.

Damit ist bewiesen, wie wichtig

1) bei jeder Quadricepsplastik die Verkürzung dieses Muskels zur Erzielung eines guten Resultates ist und

2) daß der Satz, daß ein durch die Kinderlähmung degenerierter Muskel mit noch vorhandener Muskelsubstanz seine Funktion wieder aufnehmen kann, wenn er die normale Spannung wieder erhält, zu Recht besteht. (Selbstbericht.)

25) Franke (Braunschweig): Zur Behandlung des kongenitalen Fibuladefektes.

Korrektur der falschen Stellung des Fußes und zugleich der Verkürzung durch Arthrodese in Spitzfußstellung.

26) Müller (Stuttgart): Operative Behandlung des Plattfußes.

Vorstellung geheilter, nach seinem bekannten Verfahren operierter Fälle.

27) Gocht (Halle a. S.): Sehnenoperation beim Pes valgo-planus.

Diskussion. Hoffa warnt vor komplizierten Sehnenoperationen, da ein Mißlingen eine bedeutende Verschlimmerung bringt.

28) Schultze (Duisburg): Zur Behandlung des Klumpfußes.

Demonstration eines verbesserten Redressionsapparates.

29) Wullstein (Halle a. S.): **Demonstration zahlreicher Projektionsbilder zur pathologischen Anatomie der Spondylitis aus dem Artikel des Vortr. über Spondylitis, welcher im Handbuche der orthopädischen Chirurgie von Joachimsthal erscheinen wird.** (Drehmann).

30) Ludloff (Breslau) demonstriert an zahlreichen Knochenpräparaten und einigen Zeichnungen des Kreuzbeines zwei sowohl für die Orthopädie wie für die Unfallschirurgie wichtige anatomische Tatsachen.

1) Die Stellung und Gestalt der beiden Gelenkfortsätze des Kreuzbeines sind individuell sehr verschieden. Die Gelenkflächen stehen bald mehr frontal, bald mehr sagittal, rechts und links fast immer verschieden. Dasselbe gilt — allerdings in nicht so hohem Grade — von den Gelenkfortsätzen und ihren Gelenkflächen der Lendenwirbelsäule. Dadurch ist bei einzelnen Individuen eine mehr oder weniger ausgiebige Beweglichkeit in der Lendenwirbelsäule und ihrer Verbindung mit dem Kreuzbeine bedingt. Diese individuell verschiedene Bewegungsmöglichkeit ist neben der mehr massigen oder grazilen Gestalt der Gelenkfortsätze von Bedeutung für die Verletzungen an dieser Stelle. Bei gewaltsamen Überbeugungen und Überstreckungen der Wirbelsäule werden diese Gelenkfortsätze des Kreuzbeines abgebrochen, der 5. Lendenwirbel verschiebt sich auf dem Promontorium, und durch diese Verschiebung und die Callusbildung wird das Foramen intervertebrale zwischen Kreuzbein und 5. Lendenwirbel verlegt oder verengt und führt oft zu nervösen Störungen. Ein Knochenpräparat zeigt deutlich diese typische Verletzung.

2) Der 1. Kreuzbeinbogen ist ebenfalls individuell sehr verschieden gestaltet; bald ist er ähnlich entwickelt wie der 5. Lendenwirbelbogen, bald fehlt er fast ganz und es besteht an seiner Stelle eine große Lücke, bald lassen die beiden Bogenhälften einen großen Spalt in der Mitte frei. Die beiden nicht vereinigten Bogenhälften stehen rechts und links verschieden. Diese Stelle des 1. Kreuzbeinbogens ist unter diesen Verhältnissen ein Locus minoris resistentiae. Wenn hier durch Fall oder Stoß einer Maschine ein solcher Bogenstummel infrangiert wird, so kann dieses Fragment oder der sich entwickelnde Callus auf die an dieser Stelle im Kreuzbeinkanal ventral davor vorbeiziehenden Nervenstämme durch Druck nervöse Störungen herbeiführen. Für die Röntgendiagnostik ist die Kenntnis dieser sehr häufigen Abnormitäten wichtig, weil durch die rudimentär entwickelten Bogenhälften Bruchstücke vorgetäuscht werden können. (Selbstbericht.)

31) H. Legal (Breslau): Einfacher Lagerungsapparat zur Behandlung von Gelenkerkrankungen und Frakturen der unteren Extremität.

L. demonstriert drei Exemplare eines aus Bandeisen gefertigten Lagerungsapparates, welcher die untere Extremität in Extensionsstellung fixieren soll. Der erste Apparat dient zur Lagerung der Oberschenkelfrakturen kleiner Kinder und ermöglicht so den Transport derselben zur Poliklinik zum Zweck der Kontrolle oder der Massage bei schlechter Callusbildung.

Ist bei Koxitis ein operativer Eingriff nötig geworden, so wird das Kind auf einen Apparat gelagert, bei welchem durch Verstrebung von der anderen Seite her die Stelle der Wunde frei zugänglich ist, während die Extension in der gewünschten Stellung des Oberschenkels zum Becken genau beibehalten wird. Zur Verhinderung einer durch die Schwere event. eintretenden Beugestellung des Oberschenkels im Hüftgelenke dient ein mit einer kleinen Platte versehener Hebel, welcher beim Verbandwechsel zurückgeschlagen wird.

Zur Lagerung für Erwachsene ist der Apparat so eingerichtet, daß der Pat. sich mittels zweier Flaschenzüge an dem über dem Bett stehenden Galgen zur Anlegung des Verbandes oder zur Defäkation so weit hochziehen kann, daß er ohne Änderung der Stellung des Beines zum Becken frei schwebt. Der Arzt ist somit imstande, ohne jede Hilfe den Verband zu wechseln. (Selbstbericht.)

32) H. Legal (Breslau): Eine neue Beckenstütze[1].

Die Auflage der in ihrer Höhe verstellbaren und drehbaren Beckenstütze wird gebildet durch einen horizontal über die Kissen, auf welchen der Pat. liegt, gespannten und am Kopfende des Tisches fixierten Filzstreifen, welcher im Verbande verbleibt und nach Anlegen desselben von der Beckenstütze abgeschnitten wird; dadurch wird ein Hohlraum im Verbande vermieden, der sonst nach Herausnahme einer harten Auflage entsteht, wodurch das exakte Sitzen des Verbandes beeinträchtigt wird. Sodann übt der Filzstreifen bei länger dauernden Verbänden oder bei Pat. von großem Körpergewicht oder geringem Fettpolster keinen schmerzhaften Druck auf das Kreuzbein aus. Das Widerlager wird durch einen als Strick zusammengenähten Riemen gebildet, wodurch sich der Druck mehr auf das ganze Perineum verteilt. (Selbstbericht.)

---

17) L. Wullstein. Über die Herstellung und den Wert natürlicher Phantome des Urogenitalapparates.

(Festschrift für Orth. Berlin, **August Hirschwald**, 1903.

Zum Ersatze der künstlichen Blasenphantome, welche die natürlichen Verhältnisse nur sehr schematisch wiedergeben und bei der Darstellung pathologischer Veränderungen fast ganz versagen, hat W. für den Unterricht in der Cystoskopie und im Harnleiterkatheterismus menschliche Becken zur Herstellung geeigneter natürlicher Phantome benutzt.

Diese Phantome erfüllen in vollkommener Weise die folgenden, überaus wichtigen Forderungen:

Sie stellen die normalen Verhältnisse der männlichen und weiblichen Blase in völliger Naturtreue dar, desgleichen die pathologischen Veränderungen. Sie gestatten den Harnleiterkatheterismus in völlig naturgetreuer Weise, indem die normalen Krümmungen des Harnleiters erhalten sind. Sie gestatten dadurch, daß die Blasenkuppe deckelförmig aufgeklappt werden kann, beim Selbstunterrichte völlige Kontrolle, desgleichen die Kontrolle des Lehrers über die Angaben des Schülers.

Die Phantome sind unbegrenzt haltbar. Hergestellt werden sie durch Härtung der frischen, gereinigten Blasen in situ durch injizierte Kayserling'sche Flüssigkeit oder 4%ige Formalinlösung. Sodann werden Becken und Beckenorgane nebst Harnröhre, Harnleiter, Nieren, Aorta, Cava inf. und Nierengefäße im Zusammenhange herausgenommen, exakt präpariert und ebenfalls in konservierender Flüssigkeit aufbewahrt. Besonderen Wert legt W. darauf, daß das Peritoneum parietale des Beckens durch Nähte in seinem normalen Spannungszustand erhalten bleibt.

Nach erfolgter Härtung werden die Präparate ständig in Alkoholglyzerin aufbewahrt und während der Verwendung herausgenommen und auf geeigneten Stativen befestigt.

Durch eine Anzahl von schönen Photographien werden die durchaus klaren, der Natur völlig entsprechenden Verhältnisse des Blaseninnern veranschaulicht.

Ref. hatte beim Chirurgen-Kongreß 1902 selbst Gelegenheit, die W.'schen Modelle im Langenbeckhause demonstriert zu sehen und kann sich den Empfehlungen des Autors nur völlig anschließen. **Willi Hirt** (Breslau).

18) C. Adrian. Zur Sterilisation elastischer Katheter.

(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 5.)

In einem äußerst einfach konstruierten Blechkasten werden die Katheter über einer 1—2%igen Formalinlösung aufgehängt und während 1—3 Minuten den Dämpfen der auf 60—75° erhitzten Lösung ausgesetzt. Versuche ergaben u. a., daß Milzbrandsporen durch dieses Verfahren nach 1—3 Minuten abgetötet waren, während eine Kontrollprobe dieser Sporen nach 14stündiger Einwirkung von 1‰iger Sublimatlösung auf Agar noch auskeimte. **Willi Hirt** (Breslau).

---

[1] Die Beckenstütze ist bei Hermann Haertel, Breslau, Weidenstraße 33, zu beziehen.

19) **Queyrat.** **Balano-posthite pustulo-ulcéreuse avec bacilles fusiformes et longs spirilles détermineé par l'inoculation d'une stomatite ulcéro-membraneuse.**

(Soc. méd. des hôpitaux 1904. März 2.)

Verf. beobachtete in zwei Fällen Ulzerationen an den Genitalien, welche durch lange Spirillen und den Bacillus fusiformis hervorgerufen waren, also durch die gleichen Keime, wie man sie bei der Angina Vincent's und bei der Stomatitis ulcero-membranosa findet. Der Verdacht, daß in solchen Fällen die Infektion von der Mundhöhle aus zustande kommt, wurde durch folgendes Experiment bestätigt. Bei einem 20jährigen, sonst gesunden Manne mit Stomatitis ulcero-membranosa und dem charakteristischen bakteriologischen Befunde trat nach Einimpfung von Partikeln der Mundschleimhautmembranen in die Vorhautspalte eine pustulös-geschwürige Balanitis auf; auch hier fanden sich wieder lange Spirillen und Bacillus fusiformis. **Mohr** (Bielefeld).

20) **Rochet** et **Horand.** Formation de calculs dans les vessies tuberculeuses.

(Revue mens. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 6.)

Verff. beobachteten drei Fälle von Blasentuberkulose, welche sich in einem bestimmten Stadium der Erkrankung mit Phosphat- bezw. Ammoniak-Magnesiumsteinen komplizierte. Es handelte sich um Kranke mit vorgeschrittener, längere Zeit bestehender Blasentuberkulose, bei denen vor Eintritt der Erkrankung niemals Steinbildung bestanden hatte. Klinisch ist es schwierig, die Symptome der tuberkulösen Cystitis und die der Steinbildung auseinander zu halten. Manchmal findet man in dem dicken eitrigen Satz des Urins hirsekorn- bis erbsengroße sehr mürbe Konkretionen. Als Ursache dieser Steinbildung sehen Verff. auf Grund eines Falles, wo durch die Cystostomiewunde die Blasenwand längere Zeit direkt beobachtet werden konnte, folgenden Umstand an: Infolge der Infektion des Urins und der Blasenschleimhaut besteht eine erhöhte Neigung zur Ausscheidung von Salzen aus dem Urin; diese Niederschläge setzen sich nun besonders leicht an den durch die Tuberkulose nekrotisierten Teilen der Blasenwandung fest. Man sollte daher nach Feststellung von Steinen in einer Blase nicht ohne weiteres von einer einfachen kalkulösen Cystitis sprechen, sondern die Natur dieser Cystitis genau zu ergründen suchen, zumal im Hinblick auf eine etwaige Kombination von Tuberkulose und Steinbildung. Die Gegenwart von Steinen in einer tuberkulösen Blase kann an sich eine Anzeige zur Operation bilden, und die Operation vermag dann einzelne Symptome, wie heftige Schmerzen und Blutungen, zu mildern, welche nicht direkt durch Tuberkulose veranlaßt werden und welche einer Ausheilung der Tuberkulose im Wege stehen. **Mohr** (Bielefeld).

21) **Zuckerkandl.** Über essentielle Nierenblutung.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 20. Januar 1905.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 4.)

Unter Demonstration eines geheilten Pat. empfiehlt Z. auf Grund von drei operierten Fällen die Nierenenthülsung, die stets von prompter blutstillender Wirkung gewesen sei. **Hübener** (Dresden).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 32. **Sonnabend, den 12. August.** **1905.**

Über die subkutane Verlagerung des Omentum.

Von
Prof. Dr. **A. Narath** in Utrecht.

Obwohl über die Talma'sche Operation das letzte Wort noch nicht gesprochen ist, so steht doch schon so viel fest, daß die künstliche Herbeiführung von ausgedehnten Anastomosen zwischen der Pfortader und dem Hohlvenengebiete bei einer Reihe von Fällen sehr günstige Erfolge aufzuweisen hat. Es mag zweifelhaft sein, ob die Operation den Krankheitsprozeß in der Leber selbst günstig zu beeinflussen vermag, sicher ist, daß gar nicht selten nach dem Eingriff in kürzerer oder längerer Zeit der Ascites und eine Reihe von Beschwerden, über welche diese Leberkranken klagen, verschwinden, so daß die Pat. sich wieder gesund fühlen und arbeitsfähig werden.

Von den Bauchorganen, welche sich zur Fixation an die Bauchwand eignen, wären besonders die Milz und das Omentum zu nennen.

Die Fälle, bei denen man die Milz in die Bauchdecken einnähen kann, dürften nicht besonders zahlreich sein, schon aus dem Grunde, weil wir es meist mit sehr elenden Pat. zu tun haben, die man nicht gern einem größeren Eingriff aussetzt. Es bleibt daher für die Mehrzahl der Fälle die Omentopexie die angewiesene Operation.

Über die technische Ausführung der Omentopexie herrscht noch keine Übereinstimmung; denn man hat auf sehr verschiedene Weise, teils intraperitoneal, teils extraperitoneal, getrachtet, das Netz mit der Bauchwand in Verbindung zu bringen. Da die Kranken, wie schon erwähnt, oft in einem sehr schlechten Zustande zur Operation kommen, so hat man jener Methode den Vorzug zu geben, welche möglichst einfach und ohne Narkose auszuführen ist. Nach mehrfachen Versuchen schien es mir zweckmäßig, die Omentopexie auf die Weise zu bewerkstelligen, daß das Netz in eine subkutane Tasche verlagert wird. Ich übe das Verfahren nun seit vielen Jahren und meine, daß es sehr geeignet ist, ausgiebige Anastomosen zu erzeugen. Auf Grund meiner Erfahrungen stehe ich nicht an, die Methode zur Nachprüfung zu empfehlen. Die Technik ist folgende:

1) Unter Schleich'scher Lokalanästhesie (in sehr günstigen Fällen in Narkose) eröffnet man das Abdomen in Medianlinie dicht über dem Nabel links vom Ligamentum teres mit möglichster Schonung der Venae parumbilicales.

2) Man läßt die Ascitesflüssigkeit abfließen. Da man die Öffnung in der Bauchwand nicht unnötig groß macht, so muß man darauf bedacht sein, die Flüssigkeit aus den abhängigen Partien gut herauszubekommen. Man kann das leicht auf die Weise erreichen, daß man mehrere dicke mit Gummischläuchen armierte Metallkatheter in das kleine Becken, gegen die Hypochondrien und in die Lumbalgegenden einführt und so die Flüssigkeit heraushebert.

3) Man ergreift sodann einen dicken Zipfel des Omentum majus und zieht denselben aus der Wunde, ohne das Colon transversum aus seiner natürlichen Lage zu bringen. Der Netzzipfel soll möglichst viele und dicke Blutgefäße enthalten und in der Höhe des Peritoneum parietale 1—2 Finger dick sein.

4) Die Schnittwunde in der Linea alba wird nun so weit durch Naht verkleinert, daß der Netzzipfel, ohne komprimiert zu werden, gerade noch hindurch kann.

5) Hierauf fixiert man den Zipfel im Bereiche der Durchtrittsstelle mit einigen feinen Nähten an Peritoneum parietale und Linea alba, mit Vermeidung der Venen. Wichtig ist, daß man den Netzzipfel nicht zu weit herauszieht, um das Colon transversum nicht zu nahe an die Durchtrittspforte zu zerren. Es muß zwischen beiden noch genügend Omentum im Abdomen bleiben, um das Colon in seinen Bewegungen nicht zu stören.

6) Unter Schleich'scher Infiltration des subkutanen Zellgewebes links von der Wunde macht man über dem Nabel auf stumpfem Wege oder mit dem Messer von der Wunde aus eine quer nach links ge-

richtete längliche, tiefe, subkutane Tasche. Die Blutung ist meist sehr gering, so daß man keine Ligatur anzulegen braucht.

7) In die Tasche steckt man den 10—15 cm langen Netzzipfel. Hat man die Tasche nicht zu breit gemacht, so ist eine weitere Fixation des Netzes darin nicht nötig.

8) Wasserdichter Verschluß der Hautwunde und ein Verband, welcher das subkutan verlagerte Netz nicht komprimiert.

Nicht uninteressant sind die Veränderungen an den Bauchdecken, welche nach der Operation auftreten. In den nächsten Tagen bemerkt man gewöhnlich ein mehr oder weniger stark ausgebreitetes Ödem der Bauchhaut, was wahrscheinlich so zu erklären ist, daß neben dem Omentum Ascitesflüssigkeit aus dem Abdomen durchtritt und das subkutane Zellgewebe inundiert.

Von längerer Dauer pflegt das Ödem nicht zu sein. Die ersten Veränderungen an den Bauchdeckenvenen kann man meist schon nach 8 Tagen konstatieren. Öfters bemerkt man dann in der Haut um das verlagerte Netz herum einen Kranz von radiär angeordneten Venenstämmchen sich entwickeln; dann nehmen die Hauptvenenstämme des subkutanen Venennetzes an Dicke zu. Man kann das manchmal schon in der 2. Woche wahrnehmen, manchmal dauert es aber länger. Besonders schön wird die Füllung der Venen sichtbar, wenn der Pat. seine Bauchpresse wirken läßt. Das verlagerte Netz schwillt dann förmlich an, und die Venen füllen sich sofort maximal mit Blut. Der Abfluß des venösen Blutes erfolgt nach drei Richtungen. 1) durch die Vena epigastrica superficialis gegen die Vena saphena magna resp. Vena femoralis; 2) durch die Vena thoracoepigastrica in die Vena thoracalis lateralis, welche in die Vena axillaris einmündet; 3) durch ein oder mehrere Venenstämmchen, welche cranial über Sternum und Rippenknorpel nach aufwärts ziehen. Diese Venen geben ihr Blut teils an die Venae mammariae internae, teils an die Venae intercostales ab. Manchmal sind sie auch über die Clavicula hin bis in die Vena subclavia zu verfolgen. Am stärksten entwickeln sich die Venen der linken Bauchhälfte, aber auch die der rechten zeigen deutliche Dilatation. Der Grad der Venendilatation ist individuell sehr verschieden, doch habe ich ganz gewaltige Venenerweiterungen nach der Operation gesehen. Ich kenne Pat., bei denen unter Wirkung der Bauchpresse die Venenstämme bis zur Dicke eines Daumens anschwollen.

Auf Grund meiner Erfahrungen kann ich versichern, daß die Methode sehr leistungsfähig ist. Wenn man nach der Ursache der leichten Entwicklung der Anastomosen forscht, so könnte man die in zwei Momenten suchen:

1) das Netz wird gerade in das Wurzelgebiet von zahlreichen Venen verlegt, die das Blut rasch auf verschiedenen Wegen in die Vena cava superior und inferior abführen können;

2) durch gesteigerten intraabdominellen Druck wird das Blut aus dem Omentum in die sich entwickelnden Anastomosen gepreßt, wovon

man sich bei gut gelungenen Operationen aufs deutlichste überzeugen kann.

Wenn nun die subkutane Verlagerung des Netzes imstande ist, relativ rasch und ausgiebig die gewünschten Anastomosen hervorzurufen, so möchte ich keineswegs verabsäumen, auf eine ev. Gefahr der Operation hinzuweisen. Sie könnte dadurch entstehen, daß neben dem Omentum später noch das Colon transversum oder andere Darmabschnitte durch das Loch in der Linea alba durchtreten und sich subkutan verlagern. Bei einigen meiner ersten Operationen ist das tatsächlich vorgekommen, jedoch ohne daß die Pat. nachteilige Folgen davon gehabt hätten. Die Ursache des Darmaustrittes lag in einem technischen Fehler insofern, als ich die Öffnung zu groß gemacht hatte und nahezu das ganze Omentum subkutan verlagerte. Seitdem ich nur einen Netzzipfel verwende und sorge, daß die Öffnung in der Bauchwand möglichst klein bleibt, so daß sie gerade noch des Netz durchtreten läßt, ohne es zu komprimieren, habe ich von Darmverlagerungen nichts mehr gesehen.

Daß die Pat. irgendwelche Beschwerden von seiten des eingenähten Netzzipfels gehabt hätten, ist mir nicht bekannt.

Nicht immer bleibt der Ascites nach der Operation aus, man ist dann gezwungen, noch zur Punktion zu greifen. Aber auch in diesem Falle kann man manchmal noch eine Heilung des Ascites erreichen, wenn sich die Anastomosen im Laufe der Zeit reichlicher entwickelt haben. Über die Resultate einiger von mir operierter Pat. hat mein Kollege Talma zu wiederholten Malen in verschiedenen Zeitschriften berichtet; ich behalte mir vor, an anderer Stelle die Gesamtergebnisse ausführlicher mitzuteilen.

Utrecht, 14. Juli 1905.

---

1) **J. Rotgans.** De chirurgie der buikorganen.
(**Haarlem, De Erven F. Bohn,** 1905.)

Verf. gibt in einem 600 Seiten starken Buche ein vollständiges Bild des gegenwärtigen Standes der Bauchchirurgie.

In einer kurzen Einleitung werden die allgemeinen Regeln der Operationslehre klar auseinander gesetzt, den Schluß bildet ein die speziellere Technik behandelnder Teil.

In 22 Kapiteln werden die Erkrankungen der verschiedenen Organe behandelt mit Berücksichtigung des klinischen Verlaufes, der Diagnose, Prognose und Therapie. Der Symptomenkomplex von Erkrankungen in der Umgebung des Plexus coeliacus findet in einem besonderen Kapitel seine Beschreibung.

Es ist zu bedauern daß zu wenig Zeichnungen den Inhalt illustrieren, und daß die Sprache, in der das Buch geschrieben ist, dem Kreis der Leser so enge Grenze setzt. Das Buch ist für die Praktiker geschrieben und gibt auf jede berechtigte Frage ausreichende Antwort.

E. H. van Lier (Amsterdam).

2) **R. de Bovis.** De l'appendicite chez les sujets âgés.
(Semaine méd. 1905. Nr. 21.)

Verf. stellt die appendicitischen Erkrankungen in höheren Lebensjahren — über 50 — denen im jugendlichen Alter vergleichend gegenüber und kommt hierbei zu charakteristischen Unterschieden. Bei der Altersform wird selten das ganze Organ gangränös, vielmehr treten meist nur kleine Perforationen in dem häufig obliterierten Organ auf und führen meist zu auffallend großen Abszessen, die der Beckenschaufel aufsitzen, weniger indes Neigung zur Senkung zum kleinen Becken oder zur Leber haben.

Die chronische rezidivierende Form hingegen ist seltener, und dementsprechend findet man nur ausnahmsweise Verklebungen und alte Verwachsungen. Trotzdem sind — wie man doch eigentlich erwarten sollte — Peritonitiden nicht häufiger wie in der Jugend. Diesen Widerspruch versucht Verf. durch die Annahme zu erklären, daß die Bakterien im Alter weniger virulent wirken, und daß die Entzündung der Gewebe bei der schlechten Ernährung des in Rückbildung begriffenen Organes weniger heftig sind. Verf. gibt zu, daß diese Anschauung Hypothese, die bisher nicht bewiesen ist.

Coste (Straßburg i. E.).

---

3) **G. Heaton.** Some peculiarities of appendicitis in the female sex, with special reference to appendicitis occurring during pregnancy.
(Brit. med. journ. 1905. März 4.)

Appendicitis ist dreimal häufiger bei Männern als bei Frauen. Verf. meint, daß auch Frauen viel häufiger befallen werden, als es den Anschein hat, daß aber bei den nahen Beziehungen zwischen Wurmfortsatz und den rechten Adnexen die als primär angesehene Entzündung der Adnexe in Wirklichkeit oft nur eine Folge der Appendicitis sei. — Schwangerschaft scheint keine Prädisposition abzugeben für einen ersten appendicitischen Anfall, dagegen begünstigt sie das Zustandekommen eines Rezidivs durch Dehnung und Zerreißung alter entzündlicher Verwachsungen. Vier eigene Fälle und das Studium der — übrigens ausschließlich englischen und amerikanischen — Literatur ließen ihn zu der Überzeugung kommen, daß die Schwangerschaft eine sehr gefahrvolle Komplikation der Appendicitis ist, deren Bedeutung mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft wächst. Bei Anwesenheit von Eiter in den späten Monaten der Schwangerschaft ist Frühgeburt fast unvermeidlich und damit die Gefahr einer Verallgemeinerung der Peritonitis sehr groß durch Zerreißung schützender Verwachsungen. Der Appendicitisanfall ist an kein bestimmtes Stadium der Schwangerschaft gebunden. Oft wird das den Anfall eröffnende oder begleitende Erbrechen fälschlich als Schwangerschaftserbrechen gedeutet. Bei der Schwere der Komplikation, wenn Eiterung eintritt, sollte man sofort nach gestellter Diagnose bei Schwangeren

den Wurmfortsatz entfernen, aber keinen künstlichen Abort herbeiführen, wie man angeraten hat, um nicht durch Lösung von Verklebungen die Peritonitis zu verallgemeinern. In allen Fällen von Appendicitis bei verheirateten Frauen soll man auf Schwangerschaft fahnden, weil diese Prognose und Behandlung durchaus anders gestaltet. Verf. fand in der Literatur Berichte über 24 Fälle von Appendicitis und Gravidität: von diesen heilten 6 nichteitrige ohne Operation aus, teilweise nach Abort; von den übrigen 18 Pat. mit Eiterung starben 9. Das ergibt die sehr hohe Mortalität von 50%. Nur in 4 von diesen eitrigen Fällen wurde die Gravidität nicht unterbrochen. — Das nach seinen Erfahrungen viel häufigere Vorkommen rechtsseitiger Salpingo-Oophoritis erklärt Verf. durch den Übergang einer primären Appendicitis auf die Adnexe, vermittelt durch direkte Berührung beim Herabhängen des Wurmfortsatzes ins Becken oder indirekt durch die Lymphgefäße des Lig. appendiculo-ovaricum. Durch diesen Zusammenhang erklärt sich auch das zeitliche Zusammenfallen der Beschwerden mit der Menstruation. **W. Weber** (Dresden).

---

4) **Lockwood.** The relationships between colitis and appendicitis from a surgical point of view.

(Brit. med. journ. 1905. März 4.)

Alle Arten von Entzündung des Kolon — Colitis mucosa, membranacea, ulcerosa — können eine Appendicitis begleiten. Oft ist die Entzündung des Coecum und Kolon zurückzuführen auf eine Ausbreitung des Katarrhs im Wurmfortsatz auf die benachbarten Darmteile: sie schwindet mit der Beseitigung des Fortsatzes. Aber es gibt auch Fälle, in denen die Kolitis jahrelang so im Vordergrund der Erkrankung steht, daß die sie verursachende Appendicitis übersehen wird. Zuweilen verschwindet eine Druckempfindlichkeit in der Blinddarmgegend auf Abführmittel, Bauchmassage, Regelung des Stuhles völlig: es hat sich um eine schleimige, manchmal membranöse Kolitis gehandelt, die in einer Koprostase ihren Grund hatte und mit Appendicitis verwechselt wurde. Weiter bespricht Verf. die Mitbeteiligung des Wurmfortsatzes an einer primären muko-membranösen Kolitis mit auffälligem Hervorstechen der Appendicitissymptome. So können die beiden Krankheiten als Ursache und Wirkung zu mannigfachen Verwechslungen Veranlassung geben. **W. Weber** (Dresden).

---

5) **Steinthal.** Unser Eingreifen bei der Perityphlitis.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesverein 1905. Mai 27.)

Auf Grund von 127 Fällen, von denen nur 9 nicht operiert wurden, stellt S. u. a. folgende Indikationen für die operative Behandlung der Perityphlitis auf:

Der genaue Zeitpunkt für die Intervalloperation läßt sich in Ziffern nicht angeben, er hängt von der Natur des vorausgegangenen

Anfalles ab; bei leichter, streng auf den Wurmfortsatz beschränkter Erkrankung kann die Radikaloperation schon nach 1—2 Wochen zulässig sein. Für den Zeitpunkt der Operation im Anfall ist es bedeutungsvoll, folgende Gesichtspunkte festzuhalten: im Beginne der Erkrankung kann man nach den Symptomen die bösartigen von den gutartigen Fällen nicht trennen; das Schicksal der Erkrankten entscheidet sich in der Regel in den ersten 48 Stunden; trotz Abkapselung des perityphlitischen Herdes kann im weiteren Verlaufe der Prozeß auf dem Wege der Lymphbahn oder durch Sprengung der Verwachsungen sich weiter ausbreiten. Aus diesen Erfahrungen heraus läßt sich die Forderung verstehen, um allen Komplikationen vorzubeugen, beim akuten Anfall innerhalb der ersten 2 Tage den erkrankten Fortsatz zu entfernen. Demgegenüber ist einzuwenden, daß über 80% der Fälle bei sachgemäßer interner Behandlung ausheilen, daß, da wir im Anfall an kranken Menschen operieren, die Frühoperation nie den ungefärlichen Charakter wie die Intervalloperation haben wird, und daß die Konstitution des Kranken und sein Aufenthaltsort die Operation problematischer machen könne wie die Erkrankung.

Somit wird der Chirurg mit der wahllosen Forderung der Frühoperation in den ersten 48 Stunden nicht durchdringen; was die Chirurgen erreichen können, ist, daß die Operation unbedingt in jenen Fällen gestattet werde, wo die örtlichen Erscheinungen noch wenig ausgeprägt sind, aber die Allgemeinerscheinungen schon ins Auge springen. Wenn man dann operiert, ohne auf einen deutlichen Abszeß oder eine Geschwulstbildung zu warten, kann man noch manchen Fall retten. Es ist nicht ratsam, bei ausgedehnter Peritonitis und schweren Kollapserscheinungen zu operieren; solche Fälle erliegen dem Operationschok sicher, während unter absoluter Diät und extrabukkaler Ernährung sie sich soweit erholen können, daß es genügt, den Abszeß sekundär zu entleeren. **Mohr** (Bielefeld).

---

6) **Wullstein.** Über antethorakale Ösophago-Jejunostomie und Operationen nach gleichem Prinzip.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 20.)

W. hat sich seit mehreren Jahren unter anderem mit der experimentellen Lösung der Frage beschäftigt, einen in der Brust-, Bauch- oder Beckenhöhle gelegenen Darmteil auszuschalten und durch einen an die Rumpfoberfläche oder in eine andere Körperhöhle verlagerten Teil des Darmtraktus funktionell zu ersetzen. Sehr wichtig sind die Ausblicke, die W. gerade für die antethorakale Ösophago-Jejunostomie gibt. Hier soll zum Ersatz für die intrathorakale Speiseröhre ein Teil des in der Bauchhöhle gelegenen Darmabschnittes aus derselben herausgeleitet, über den Rippenbogen hinübergelegt und auf der Brust fixiert werden. Die Speiseröhre wird am Halse freigelegt, möglichst tief durchschnitten, am Jugulum herausgezogen und an der vorderen Bauchwand fixiert Für das dann zwischen den beiden Teilen fehlende Zwischenstück sollte ein künstlicher resp. plastischer Ersatz

geschaffen werden. Es wird also hier im Prinzip und auch technisch die Umgehung einer Ösophagusstenose und überhaupt jeder anderen Verengerung festgelegt. Der Operationsplan wird des genaueren beschrieben. Ebenso hat W. Experimente darüber angestellt, außerhalb des Beckens in der Gegend der linken hinteren Darmbeinschaufel den Mastdarm mit dem Colon descendens in direkte Verbindung zu bringen.

Bei der Wichtigkeit, die diese Fragen in der Speiseröhrenchirurgie seit der Sauerbruch'schen Publikation haben, und bei der prinzipiellen Bedeutung der angegebenen Operationsverfahren ist das Studium der W.'schen Mitteilung, auf deren Einzelheiten leider nicht genauer eingegangen werden kann, sehr zu empfehlen.

Borchard (Posen).

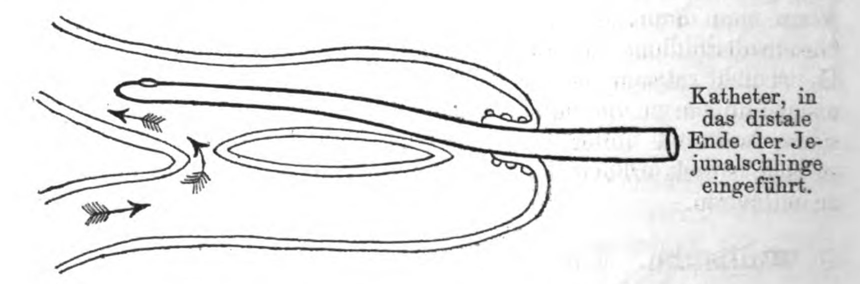
---

7) **A. W. M. Robson.** The operation of jejunostomy.

(Lancet 1905. Juni 3.)

Die Jejunostomie ist indiziert 1) bei ausgedehnter Karzinose des Magens, wo kein Platz für eine Gastroenterostomie im Magen übrig ist; 2) bei allgemeiner narbiger Retraktion des Magens.

Den Methoden von Witzel und Maydl fügt Verf. seine neue Methode der Anlegung der Jejunostomie hinzu, die nach Ref.s Ansicht, wie die Skizze zeigt, im Prinzipe mit der von Albert angegebenen



identisch ist. An der Basis der vorgezogenen Dünndarmschlinge wird ein Kurzschluß gemacht und in das abführende Ende ein Katheter nach Art der Kader'schen Methode eingenäht.

Die Jejunostomie hat nach Verf. eine Mortalität von 10—20%. Frühoperation bei Verdacht auf schwere Magenerkrankungen würde die an sich nur als äußerster Notbehelf angebrachte Operation zu einer noch seltener notwendigen machen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

8) **Marckwald** (Barmen). Beginn und Wachstum der Darmkrebse.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 22.)

M. hat Gelegenheit gehabt, an zwei Präparaten ganz junger Darmkrebse den Aufbau des Karzinoms und die Beziehung desselben

zu den Nachbargeweben zu studieren und sich vom Beginn und Wachstum der Krebse im Darm folgendes Bild gemacht, indem er jedoch es unentschieden läßt, ob seine Beobachtungen generelle oder individuelle Bedeutung haben. Er fand, daß der Ausgangspunkt dieser Krebse durch eine Zelle oder ein Zellkonglomerat, wahrscheinlich fötalen Ursprunges, in der Submucosa, vielleicht auch in der Mucosa gebildet wird. Die Zellen der versprengten Keime fangen zu irgendeiner Zeit des Lebens ihrer Träger an, sich zu vermehren und sich zu kompakten, größeren Zellhaufen zu vergrößern, wobei das sie umgebende Gewebe auseinandergesprengt wird, die Karzinomzellen in die hierdurch erweiterten Lymphspalten einwuchern, schließlich der Tonus des umliegenden Gewebes auf weitere Strecken hin verloren geht, Lymph- und Blutgefäße sich unter Vergrößerung der Endothelien erweitern, durch Abbröcklung kleiner Geschwulstpartikel und Verschleppung solcher durch die Lymphbahnen schon in nächster Nähe der primären Geschwulst Metastasen entstehen können. Von einer Stromabildung hat M. nicht einmal Spuren gesehen; die das Karzinom umgebende Gewebe verhalten sich seinem Wachstum gegenüber völlig passiv. Wucherung der an den seitlichen Teilen der Geschwulst gelegenen Darmdrüsen, Nekrose der Darmschleimhaut, Erweiterung der Blutgefäße sind für das Karzinom nicht charakteristisch.

Kramer (Glogau).

---

9) **K. Israel** (Hersfeld). Über Darminvagination und eine neue gefahrlose Methode der operativen Behandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

Die Methode I.'s besteht darin, daß man nach Eröffnung der Bauchhöhle die gleichsam eine Scheide des invaginierten Darmstückes bildende Serosa an das Peritoneum der Bauchwand annäht, dann den die Scheide bildenden Darm längs eröffnet, das invaginierte Stück herauszieht und nun reseziert und näht. Die Vorzüge dieser extraperitonealen Operationsmethode sind: Übersicht über den Zustand der invaginierten Darmpartien, Fähigkeit, den Darm nach Beschaffenheit in beliebiger Länge zu entfernen, Vermeidung jeglichen Eindringens von infizierenden Massen in den Peritonealraum, feste Naht. I., welcher zwei glücklich operierte Fälle, Kinder im Alter von 2 und 7 Jahren betreffend, ausführlich schildert, glaubt, daß sich diese Art des Vorgehens auch bei Operation von beweglichen karzinomatösen oder sonstigen Darmstrikturen nach vorheriger künstlicher Invagination zweckmäßig erweisen dürfte.

Kramer (Glogau).

---

10) **Roche.** Les torsions de l'épiploon.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 21.)

R. schildert auf Grund der gesamten, noch spärlichen Literatur (29 Fälle) das Krankheitsbild der Netztorsion. Das Vorhandensein eines Bruchsackes bildet den bedeutendsten prädisponierenden Faktor für sie. In 22 Fällen handelte es sich um eine Drehung en masse

im Bruchsack, gleichzeitige Verwachsung mit dem Bruchsackinnern und peritoneale Reaktion (Ascites), in 4 Fällen um Torsion zwischen zwei Verwachsungen. Für die Erklärung des Entstehungsmechanismus sind drei in sämtlichen Beobachtungen wiederkehrende Tatsachen wichtig: 1) das Zusammentreffen von Hernie und Torsion, 2) die Abwesenheit von Darmschlingen im Bruchsacke, 3) das Fehlen einer Einklemmung des Netzes durch den Bruchsack, bezw. Bruchsackhals. Traumatische Einwirkungen gingen nicht in allen Fällen voraus. Bei der Torsion zwischen zwei Verwachsungen scheint der Mechanismus ähnlich dem zu sein, wie wenn man eine Serviette an beiden Enden zu drehen beginnt. Bei der Torsion en masse kommt hinzu der begünstigende Einfluß einer Verdickung am Rande des Netzes, ebenso einer fibrösen Schrumpfung nach früherer Epiploitis. Die Symptome sind im allgemeinen die einer Brucheinklemmung, speziell eines eingeklemmten Netzbruches, nur sind die Erscheinungen gewöhnlich schwerer als bei letzterer. Auf 28 Operationen kamen 5 Todesfälle. Bei der Herniotomie ist zu berücksichtigen, daß die Torsionsstelle oft sehr hoch, nahe dem Ansatze des Netzes am Kolon liegt, daß also ev. die Laparatomie anzuschließen ist.

Mohr (Bielefeld).

Kleinere Mitteilungen.

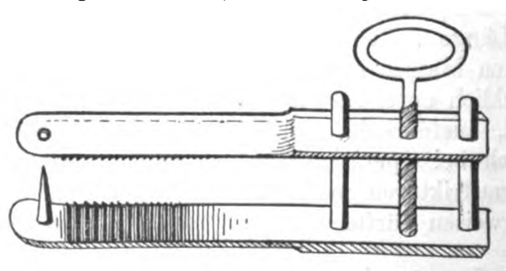
Lippenkompressorium zur unblutigen Operation der Hasenscharte.

Von

Prof. **Carl Bayer** in Prag.

In Nr. 27 d. Bl. empfiehlt Prof. Küster gegen die störende Blutung bei Hasenschartenoperationen eine temporäre Umstechungssutur, »welche in der Nähe der Mundwinkel durch die ganze Dicke der Wange hindurchgeführt und am Lippenrot geknüpft wird«.

Es sei mir gestattet, auf ein Instrument aufmerksam zu machen, welches ich mir — es dürfte auch schon 15—16 Jahre her sein — zu demselben Zwecke konstruieren ließ, weil ich gefunden habe, daß die möglichst unblutige Durchführung



der Hasenschartenoperation nicht bloß der sauberen Arbeit wegen erwünscht ist, sondern auch zur Anwendung und Verhütung direkter Gefahren für das Kind (Blutverschlucken, Blutaspiration) dringend geboten erscheint. Ich habe bislang keinen Anlaß gefunden, das Instrument zu beschreiben, weil ich meinte, daß wohl jeder Hasenscharten häufig operierende Chirurg so wie ich oder ähnlich verfahren dürfte. Da ich nun aber sehe, daß dies nicht der Fall ist, und der Meinung bin,

daß mein Instrumentchen mit der Küster'schen Umstechungsnaht zum mindesten konkurrieren kann, so erlaube ich mir, dasselbe zu beschreiben.

Es ist eine Art klein hergestelltes Kompressorium nach dem Modell der Dupuytren'schen Darmschere, sehr einfach konstruiert.

Zwei gleiche, parallelläufige Branchen sind an dem einen Ende durch zwei kurze Führungsstäbe und eine Schraube verbunden (Fig.). Die freien Enden sind glatt abgerundet und innen, ähnlich den Péan'schen Klemmen, quer gerieft, um nach dem Zuschrauben das Abgleiten zu verhindern. Zu demselben Zweck, um diesen noch zu erhöhen, ist an dem freien Ende jener Branche, die auf die Schleimhaut zu liegen kommt, ein scharfer, kurzer, zur Achse der Branche senkrecht gestellter Stift angebracht, der beim Zusammenschrauben des ganzen Instrumentes die Schleimhaut durchspießt. Er ist an der »Schleimhautbranche« angebracht, um die, wenn auch kaum in Betracht kommende, doch immerhin kosmetisch zu berücksichtigende Spur seiner Wirkung auf eine Stelle zu verlegen, die man nicht sieht. Dieses zarte Kompressorium stört bei der Operation durchaus nicht, ist vielmehr als Handhabe zum Umklappen der Lippenteile behufs ihrer event. nötigen Ablösung, zum Verziehen und Nähern der Teile bei der Naht usw. nützlich. — Um die Lippe vor Druck zu schützen, kann man die Branchen mit dünnen Gummiröhrchen überziehen oder mit einer Lage Gaze umwickeln.

Ich wende das Instrument, so wie es ist, einfach ausgekocht an. Die kleine Druckmarke außen an der Haut verschwindet bald spurlos. Allerdings schraube ich die Branchen nur so stark zu, daß sie an der Lippe nicht hin und her rutschen.

---

11) K. Flick. Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen des Beckens.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 121.)

Aus der v. Bruns'schen Klinik beschreibt Verf. vier Fälle von Pfählungsverletzung des Beckens. Im ersten Falle war ein Stuhlbein an der Übergangsfurche des Oberschenkels in den Damm eingedrungen und hatte die Blase perforiert. Der Fall wird dadurch besonders bemerkenswert, daß nach $^3/_4$ Jahren mittels Sectio alta ein großer Blasenstein entfernt werden mußte, der sich um ein Tuchstückchen herum gebildet hatte. Tod an Sepsis. — Im zweiten Falle drang bei einem Sturze von einem Baum auf einen Lattenzaun eine Latte rechts vom After ca. 5 cm tief ein, verletzte das Bauchfell und perforierte den Mastdarm. Unter exspektativer Behandlung Heilung innerhalb $3^1/_2$ Wochen. — Im dritten Falle drang ein spitzes Scheit 30 cm tief in der Richtung von vorn nach hinten zwischen Hodensack und Afteröffnung ein, perforierte die Pars prostatica urethrae, die hintere Blasenwand und den Mastdarm. Unter konservativer Behandlung Heilung binnen 5 Wochen. — Der vierte Fall, bei dem ein Heugabelstiel den Mastdarm zweimal durchbohrt und das Bauchfell eröffnet hatte, um dann retroperitoneal an der Wurzel des Mesosigma bis in die Höhe des 2. Lendenwirbels vorzudringen, war dadurch interessant, daß es zu einer Abreißung des Psoas an seiner lumbalen Insertion gekommen war, obwohl dem Verlaufe des Wundkanales nach nicht diese Insertionsstelle, sondern der Muskelbauch getroffen worden war. Trotz Laparotomie starb dieser Pat. an allgemeiner Peritonitis, die sich von einem retroperitonealen Abszeß aus entwickelte. **M. v. Brunn** (Tübingen).

12) Burrough Cosens. Case of impalement with protrusion of intestine, recovery.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 21.)

Pfählungsverletzung eines 12jährigen Knaben durch Sturz von einem Baum auf ein spitzes Eisengitter. Mehrere Weichteilwunden; eine tiefe Wunde neben dem After, bis auf das Periost des Kreuzbeines reichend; eine perforierende Wunde der linken Bauchseite mit Vorfall von Dünndarm und beschmutztem, zerfetztem Netz. Gleich nach der Aufnahme Resektion des Netzes, Reinigung der vorgefallenen Schlinge und der Bauchhöhle, Resektion der Wundränder, Naht. Übrige Wunden offen gelassen. Glatter Verlauf. Nach 2 Monaten völlige Heilung.

W. Weber (Dresden).



13) Scott. A study of fifty cases of perforation in typhoid fever.
(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1905. Mai.)

Verf. kommt auf Grund von 50 im Pennsylvania Hospital beobachteten und größtenteils operierten Fällen von Darmperforation bei Typhus zu folgenden Schlüssen:

Jeder dritte Todesfall bei Typhus ist eine Folge von Darmperforation. Der häufigste Zeitpunkt der Perforation liegt zwischen dem 14. und 21. Tage; in 92% von S.'s Fällen ereignete sich der Durchbruch in der 2.—5. Woche. Bei frühzeitigerem Eintritte handelt es sich wahrscheinlich um Perforation in einem Rückfalle des Typhus; hier und da kann ein Durchbruch auch ohne vorausgegangene Krankheitserscheinungen eintreten. Am häufigsten ereignet er sich bei mittelschwerer und schwerer Infektion (75%), er ist nicht häufiger bei den mit Hämorrhagien als den milde verlaufenden Fällen (je 8%). In 86% der Fälle sitzt die Perforationsstelle am Dünndarm, und zwar meist innerhalb 30 cm Entfernung von der Ileocoecalklappe; der nächst häufige Sitz ist der Wurmfortsatz und das Kolon. Schmerzen irgendwelcher Art sind in 75% aller Fälle vorhanden. In 50% ist der Beginn plötzlich, mit schweren, genau lokalisierten Symptomen, in 20% beginnen die Schmerzen langsam und ohne örtliche Begrenzung, in 12% wird überhaupt nicht über Schmerzen geklagt, und die gewöhnlichen Erscheinungen der Perforation fehlen. Druckempfindlichkeit und Rigidität der Bauchwand werden in 65—75% beobachtet, gewöhnlich gleichzeitig; jedoch kann bei schlaffer, hängender Bauchwand Rigidität fehlen. Bei Verdacht auf Perforation ist das wichtigste diagnostische Mittel die stündliche Temperaturmessung; jedoch werden in einzelnen Fällen mit schwerer Intoxikation keinerlei besondere Veränderungen des Pulses, der Atmung und der Temperatur wahrgenommen, wenn die Perforation eintritt. Auftreibung des Leibes ist ein spätes, Verschwinden der Leberdämpfung ein überhaupt nicht verwertbares Symptom der Perforation. Die Leukocytenzählung hat für die Diagnose keine praktische Bedeutung. Von diagnostischen Irrtümern kommen vor: Verwechslungen mit rechtsseitiger Pneumonie und Pleuritis, Cholecystitis, akutem Magen-Darmkatarrh, Thrombose der Femoralis und Iliaca, Appendicitis, Peritonitis ohne Perforation, Cystitis, Ruptur einer Gekrösdrüse, Blutung in die Bauchmuskulatur. Der häufigste im peritonealen Exsudat gefundene Organismus ist der Bacillus coli communis.

39mal wurde operiert mit 12 Heilungen, einige Male bei verzweifelten Fällen. Von den innerhalb der ersten 24 Stunden Operierten genasen 25%. Die mit Blutungen komplizierten Fälle gingen sämtlich zugrunde, auch bei frühzeitiger Operation. **Mohr** (Bielefeld).

14) **Anderson.** Case of tubercular peritonitis treated with injections of Koch's old tuberculin.
(Glasgow med. journ. 1905. Mai.)

15) Derselbe. Case of Addison's disease treated by injections of tuberculin.
(Ibid.)

Der erstere Pat., ein 8jähriger Knabe, hatte zuerst wochenlang an Diarrhöe gelitten, hüstelte, hatte Nachtschweiße, magerte ab; zugleich bildete sich ein großer freier Erguß in die Bauchhöhle aus. Durch die Therapie wurde völlige Heilung erzielt.

Im zweiten Falle handelt es sich um eine Frau von 31 Jahren, die bereits seit 18 Monaten ausgesprochene Symptome der Addison'schen Krankheit darbot. Sie erholte sich schnell unter der Tuberkulinbehandlung; von der vorher tiefdunklen Pigmentierung ist fast nichts mehr zu bemerken.

W. v. Brunn (Rostock).

16) **Bracklo.** Fälle von Peritonitis progrediens bei Perityphlitis suppurativa.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Durch die Wiedergabe der Krankengeschichten von fünf Fällen von eitriger Peritonitis bei Perityphlitis wird die in der Kieler Klinik übliche Therapie erläutert. Dieselbe besteht in: möglichst frühzeitiger Operation — wenn angängig in den ersten 24 Stunden —, ausgiebiger Eröffnung durch Schrägschnitt in der Ileocoecalgegend, eventuell Längsschnitt am äußeren Rande des Rectus, ausgiebiger Tamponade und Drainage, im kleinen Becken durch Glasröhren, sonst Gummidrains, stundenweiser Lagerung der Pat. auf den Bauch, sofort nach der Operation beginnenden Infusionen von Kochsalzlösung mit Traubenzucker (2000 ccm pro die), Behinderung jeglicher Nahrungsaufnahme durch den Mund, Reinigungs- und Nährklistieren, bis Stuhlgang reichlich erfolgt. **Dettmer** (Bromberg).

17) **E. Haim.** Beitrag zur Pneumokokkenepityphlitis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 4.)

H. teilt zwei Fälle von Pneumokokkenperitonitis mit, die im Anschluß an eine Appendicitis auftraten, und in denen beidemal in der Lotheissen'schen Abteilung allein aus dem klinischen Bilde die richtige Diagnose gestellt werden konnte.

Die durch Pneumokokken hervorgerufene Appendicitis ist eine ziemlich seltene Erkrankung; sie bietet einen sehr schweren Krankheitsverlauf, der an das Bild eines Typhus erinnert. Interessant und diagnostisch von Bedeutung ist der mikroskopische Blutbefund (ausgesprochene Leukocytose, bei welcher die polynukleären großen Leukocyten weitaus überwiegen, und eine sehr deutliche Vermehrung des Fibrinnetzes). Beide Fälle wurden operiert, einer genas. **Hübener** (Dresden).

18) **Broca.** Appendicite et vomissements acétonémiques.

(Société de pédiatrie 1905. Februar.)

B. berichtete bereits früher über zwei Pat. mit unstillbarem Erbrechen, ohne eine Spur von Peritonitis, welche sofort nach Exstirpation des Wurmfortsatzes geheilt blieben; alle örtlichen Erscheinungen der Appendicitis waren bei diesen Kranken sehr wenig ausgesprochen und chronischer Natur. B. berichtet nunmehr über zwei neue Fälle bei Kindern, bei denen periodisches, mit Azetonämie und Azetongeruch des Atems einhergehendes Erbrechen durch die operative Entfernung des Wurmfortsatzes geheilt wurde.

Fall I: 5jähriges Kind; vom 10. Lebensmonat ab periodisch alle 2 Monate auftretende Anfälle von Erbrechen, Kollaps und Temperaturabfall, welche nach 6—8 Tagen schwanden. Diagnose: Periodisches Erbrechen mit Azetonämie. Während bisher irgendwie örtliche Symptome im Leibe während der Anfälle fehlten, traten bei den letzten immer mehr die Erscheinungen einer Appendicitis hervor. Bei der Operation fanden sich alte Veränderungen am Wurmfortsatz, um dessen Basis sich ein verwachsener Netzzipfel gerollt hatte. Seit der Operation (1/2 Jahr) keine Anfälle mehr.

Fall II: 4jähriges Kind. Von Geburt an häufiges Erbrechen, selbst bei vorsichtigster Ernährung; vom 2. Jahr an wurden die Brechanfälle seltener, gingen jedoch mit Schmerzen im Leib einher, wurden allmählich den gastrischen Krisen bei Azetonämie immer ähnlicher, und zugleich traten auf den Wurmfortsatz hindeutende Symptome immer mehr hervor. Entfernung eines nicht verwachsenen Fortsatzes, dessen Schleimhaut follikulär entzündet und hämorrhagisch, dessen Höhlung mit schleimig-eitrig-blutiger Flüssigkeit angefüllt war. Seit der Operation wurde gewöhnliche Nahrung vertragen, und das Erbrechen trat nicht wieder auf. **Mohr** (Bielefeld).

19) **Letulle.** Appendicite et tuberculose de l'appendice.

(Revue de tuberculose 1905; ref. Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 20.)

L. fand unter 300 exstirpierten Wurmfortsätzen in zwei Fällen Tuberkulose. Im ersten Falle handelte es sich um Veränderungen wie bei einer chronischen

follikulären Appendicitis, durchsetzt von typischen tuberkulösen Herden; im zweiten entwickelte sich eine akute, nicht tuberkulöse Appendicitis auf einem tuberkulösen Boden. Der 26jährige Phthisiker erkrankte an mehrfachen Anfällen von akuter Appendicitis; der entfernte Wurmfortsatz zeigte mikroskopisch zweierlei deutlich voneinander zu unterscheidende Veränderungen: vorgeschrittene Tuberkulose mit verkästen Tuberkeln der Appendixschleimhaut und zweitens an den noch nicht ergriffenen Schleimhautpartien eine akute follikuläre Appendicitis.

Derartige Operationen eines tuberkulösen Wurmfortsatzes gelegentlich einer gewöhnlichen akuten Appendicitis sind sehr selten. Die akute Appendicitis ist jedoch nicht selten im Verlauf einer chronischen Tuberkulose des Wurmfortsatzes, obwohl diese die Entwicklung akuter sekundärer Infektionen, welche akute entzündliche Schübe hervorrufen könnten, nicht zu begünstigen scheint. Im Gegenteile scheinen Tuberkulose und akute bakterielle Entzündungen des Wurmfortsatzes sich bis zu einem gewissen Grade gegenseitig auszuschließen.

Mohr (Bielefeld).

20) **Dun.** A note on appendicitis in children.

(Glasgow med. journ. 1905. Juni.)

Vortrag eines erfahrenen Kinderarztes in Liverpool über seine Beobachtungen von Appendicitis bei Kindern.

Die meisten seiner Pat. standen zwischen dem 10. und 15. Lebensjahre. Sein jüngster Kranker war 12 Monate, der jüngste überhaupt beobachtete Fall 7 Wochen alt.

Verf. tritt der verbreiteten Ansicht entgegen, daß die Krankheit bei Kindern besonders schwer verlaufe und relativ häufig mit Abszeßbildung einhergehe. Diese falsche Meinung rühre davon her, daß die Diagnose in frühem Alter so schwer sei; die meisten der leichten Fälle würden als einfache Verdauungstörungen angesehen.

Als diagnostische Merkmale bezeichnet er folgende: kolikartige Schmerzen, meist auf die Nabelgegend bezogen, leichte Spannung in der rechten Darmbeingrube, Übelsein und Erbrechen, Flatulenz, Tenesmus, vor allem aber Durchfall, der als ein besonders häufiges Symptom gerade bei Kindern beobachtet werde, während doch bei Erwachsenen in der Regel Verstopfung besteht. Die Temperatur sei in der Regel normal, der Puls etwas beschleunigt. In einigen Stunden verschwinden diese Anfangssymptome und werden oft gar nicht beachtet. In schweren Fällen ist der Verlauf weiterhin natürlich ein anderer und die Diagnose leicht.

Differentialdiagnostisch ist gegenüber gewöhnlicher Darmkolik zu betonen, daß hier die Schmerzen nicht lokalisiert werden, daß der Leib nicht gespannt ist, die Schmerzanfälle von kürzerer Dauer sind. Gegenüber Indigestionen ist die Diagnose of schwer, ja unmöglich, doch werden hier die Schmerzen, wenn überhaupt, so vorwiegend in das Epigastrium verlegt.

Verf. warnt davor, nun jede mit Leibschmerz verbundene Affektion bei Kindern als Appendicitis anzusprechen, mahnt aber zu größter Vorsicht, falls solche Anfälle Neigung zur Wiederkehr zeigen. Wenn man sich gewöhnt, in solchen Fällen an die Möglichkeit der Blinddarmentzündung zu denken, wird man sie nicht leicht übersehen. Auch Blasenaffektionen können zur Stütze der Diagnose oft wesentlich sein. Bimanuelle Untersuchung vom Bauch und Rektum aus gibt oft klare Auskunft über den Befund.

Haben die akuten Symptome trotz geeigneter Therapie 4 Tage lang bestanden, so ist nach des Verf.s Ansicht die Abszeßbildung im Gange.

Therapeutisch empfiehlt Verf., in den meist erwähnten leichtesten Fällen unter Bettruhe, flüssiger Kost, Belladonna äußerlich und innerlich und heißen Umschlägen abzuwarten, Opium und Abführmittel unbedingt zu vermeiden. Sollten sich die Anfälle wiederholen, so ist die Entfernung des Wurmfortsatzes im Intervall angezeigt. Bei Abszeßbildung Inzision, aber Abtragung des Fortsatzes nur, wenn er ohne Mühe zu finden ist; sonst im Intervall. **W. v. Brunn** (Rostock).

21) H. Relotius. Zwei Fälle von Appendicitis bei ungewöhnlicher Lage der Appendix in der Magengegend.

Diss., Kiel, 1904.

1) Im rechten Mesogastrium wurde in der Nähe des Rippenpfeilerrandes ein Abszeß gespalten. Es blieb eine Geschwulst zurück, deren Natur nicht sicher festzustellen war. Bei der zweiten Operation zeigte sich, daß der Blinddarm samt Wurmfortsatz nach oben geschlagen, der Abszeß von letzterem ausgegangen war.

2) Die Operation wurde vorgenommen in Erwartung eines perforierten Magengeschwüres. Statt dessen fand man in der Mittellinie, etwas unter dem Nabel, von einem Netzteile bedeckt, den Blinddarm. Nach Lösung des Netzes lag unter demselben auf und nach innen vom Blinddarme der Proc. vermiformis, welcher an seiner Spitze eitrig eingeschmolzen war. **V. E. Mertens** (Breslau).

22) M. v. Brunn. Über Divertikelbildung bei Appendicitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 67.)

Aus der v. Bruns'schen Klinik teilt Verf. acht Fälle von Divertikelbildung bei Appendicitis mit und fügt ihnen drei weitere Beobachtungen an, die teils für die Frage der Genese der Divertikel interessante Befunde liefern, teils durch Vortäuschung von Divertikeln durch anderweitige Folgezustände der vorausgegangenen Entzündung bemerkenswert sind. Unter den falschen Divertikeln des Wurmfortsatzes — um solche handelt es sich ausnahmslos — hat man zu unterscheiden zwischen den seltenen Formen, welche durch eine präformierte Muskellücke hindurchtreten, und den viel häufigeren, welche einen auf entzündlicher Basis entstandenen, erworbenen Defekt der Muskulatur zum Durchtritte wählen. Die Fälle des Verf.s gehören sämtlich der letztgenannten Gruppe an. Er faßt diese Divertikelbildungen nach Appendicitis als einen eigenartigen Heilungsvorgang auf, für dessen Mechanismus die Widerstandsfähigkeit der einzelnen Wandschichten gegenüber der entzündlichen Schädigung und ihre verschiedene Regenerationsfähigkeit maßgebend ist. Während die Muscularis häufig schon frühzeitig schwer geschädigt und teilweise zerstört wird, während Defekte in ihr in der Regel durch eine wenig widerstandsfähige Narbe ausheilen, erhält sich die Schleimhaut oft überraschend lange und regeneriert sich verhältnismäßig sehr gut. Sie kann sich infolgedessen durch Defekte der übrigen Wand ausstülpen, über die Ränder des Muskeldefektes prolabieren und benachbarte Hohlräume umwachsen. Durch pathologische Muskellücken kann auch der ursprüngliche Schleimhautzylinder selbst den Muskelmantel verlassen.

Klinisch sind die Divertikel deshalb beachtenswert, weil sie Rezidive begünstigen. Sämtliche Fälle des Verf.s gehören der rezidivierenden Appendicitis an; und zwar war die rasche Aufeinanderfolge der Anfälle und in einigen von ihnen die Zunahme in der Schwere der Anfälle bemerkenswert. Fast stets waren ausgedehnte Verwachsungen vorhanden, welche die Operation erschwerten und wohl die Schuld daran tragen, daß auffallend häufig Störungen des Wundverlaufes gerade bei den divertikelhaltigen Wurmfortsätzen vorkamen. (Selbstbericht.)

23) G. Jung. Über einen Fall von Appendicitis während der Gravidität.

(Straßburger med. Zeitung 1905. Hft. 5.)

J. veröffentlicht einen Fall von Christel (Metz). Eine 23jährige Frau war am Ende des 2. Monates ihrer ersten Schwangerschaft an Schmerzen im Leibe mit Erbrechen, Verstopfung und Meteorismus erkrankt und nach einigen Tagen wieder genesen. In der zweiten Hälfte des 5. Monates erkrankte sie wieder plötzlich an Leibweh und Erbrechen. Bei der wegen zunehmender Verschlimmerung etwa 40 Stunden nachher vorgenommenen Operation wurde serös-eitrige Flüssigkeit in der freien Bauchhöhle gefunden. Wurmfortsatz und rechter Eierstock waren mit dicken, fibrinös-eitrigen Membranen belegt, außerdem der rechte Eierstock und ein Teil der rechten Tube hämorrhagisch und phlegmonös infiltriert. Sie

wurden deshalb ebenso wie der Wurmfortsatz entfernt. Von einer Entfernung des Uterus wurde abgesehen, da es sich um die erste Schwangerschaft handelte. 24 Stunden nach der Operation wurde die tote Frucht ausgestoßen. Wegen Blutung mußte die Placenta entfernt werden. Sie zeigte einzelne graue Flecken. In der Folge machten anhaltende Pulsfrequenz von 125—150, stinkender Ausfluß aus der Scheide, abwechselnd mit Blutungen, dauernder Hochstand des Fundus uteri, Schmerzhaftigkeit am rechten Uterushorn und relativ weite Öffnung des Muttermundes die Ausbildung eines Abszesses in der rechten Tubenecke sehr wahrscheinlich. 4 Wochen nach der Operation ging auch unter starker Blutung und heftigem Fieberanstieg eine große Menge übelriechenden Eiters weg. Bei der Digitaluntersuchung wurde am Fundus neben der rechten Tubenecke ein Placentarpolyp von etwa Taubeneigröße entdeckt und entfernt. Daneben kam man in eine Höhle, die direkt am Boden der Operationswunde endigte und der vermuteten Abszeßhöhle in der Uteruswand entsprach. Daraufhin langsame Heilung.

Etwa ein Jahr später wurde die Frau von einem gesunden Kind entbunden. Die Placenta mußte wegen Blutung manuell entfernt werden. Sie war in der linken Tubenecke verwachsen.

In dem häufigen Auftreten von Abort kann man einen Beweis für das häufige Übergreifen des Prozesses vom Wurmfortsatz auf den Uterus sehen.

Von 31 während der Schwangerschaft operierten Fällen war nach Boije 18mal (= 58%) Abort aufgetreten. Aus den Zusammenstellungen, besonders der von Boije, geht weiter hervor, daß die Gefahr für die Mutter und die Frucht bei Appendicitisanfällen größer ist, wenn einmal die Mitte der Schwangerschaft überschritten ist. Ist durch den Übergang der Infektion auf den Uterus die Placenta erst einmal infiziert, so ist die Fortdauer der Gravidität unmöglich, außerdem die Gefahr der Allgemeininfektion sehr groß.

Die Verbreitung der Infektion vom Wurmfortsatz auf die Genitalien vermitteln entweder

1) das Bauchfell durch allgemeine Peritonitis, oder
2) das Ligamentum appendiculo-ovaricum,
3) Verwachsungen zwischen Uterus und perityphlitischem Herde.

Als vierter Weg kommt dazu noch der durch die Tube, worauf Semb zum erstenmal aufmerksam gemacht hat. Dieser Weg lag in dem Falle Jung's offenbar vor. Die Keime müssen dabei in weniger als 36 Stunden 5 cm und mehr gewandert sein.

In der Literatur fand J. nur einen Fall König's, bei dem neben der Appendektomie auch eine Entfernung der rechtsseitigen Adnexe notwendig wurde. Jedenfalls zeigt der Fall, daß die gesunde und im Laufe der Gravidität erweiterte Tube einen Weg für die Infektion des Uterus von der Appendix aus darstellen kann. Deshalb empfiehlt es sich, bei jeder Operation der Appendicitis gravidarum auf die rechte Tube zu achten und bei Verdacht auf Entzündung derselben sie zu opfern. Ein schneller Eingriff kann hier event. Mutter und Kind retten. Gegebenenfalls kann sogar die Notwendigkeit entstehen, den Uterus auch zu opfern, worauf schon König aufmerksam gemacht hat. **E. Moser** (Zittau).

24) **W. Hagen.** Erfahrungen in der Appendicitisfrage im städtischen Krankenhause zu Nürnberg.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 132.)

In dem genannten Krankenhause wurden in dem Zeitraume von 1898—1904 insgesamt 184 Fälle von Appendicitis operativ behandelt. $^3/_4$ der Fälle entfielen auf das Alter von 16—30 Jahren. Die Mehrzahl der Kranken kam schon beim ersten Anfall in Behandlung, nur 34% waren Rezidive. Nur 47 Fälle wurden im Intervall operiert, die übrigen 137 während des Anfalles, darunter 26 im Frühstadium, d. h. innerhalb der ersten 48 Stunden. Eine Radikaloperation wurde 92mal gemacht. Die Gesamtmortalität betrug 36 = 19,56%. Zieht man 18 schon vorher bestehende diffuse Peritonitiden ab, so beträgt die Mortalität 11,68%.

Pathologisch-anatomisch lag 54mal eine Appendicitis simplex vor, darunter

1 Hydrops und 5 Empyeme; 32mal war der Processus perforiert, 33mal ganz oder teilweise gangränös; in den übrigen Fällen fehlen Angaben. Teilweise Obliteration wurde nur 8mal, vollständige niemals beobachtet. Kotsteine fanden sich nur 21mal. Sie werden als sekundäre Bildungen angesehen. Einmal wurde ein borstenähnliches Haar im Innern eines Kotsteines gefunden, in einem weiteren Falle hatte zweifellos eine Fischgräte die Appendicitis verursacht. 4mal wurde der Wurmfortsatz in Hernien gefunden. In einem dieser Fälle war er mit einer Dünndarmschlinge zusammen eingeklemmt, in den 3 übrigen Fällen war eine Entzündung das Primäre. Verf. betont die Wichtigkeit histologischer Untersuchung der Appendicitis, auch wenn sich bei makroskopischer Betrachtung kaum Abweichungen von der Norm erkennen lassen. Gefäßveränderungen wurden nicht allzu häufig gefunden und waren, wo überhaupt vorhanden, zweifellos sekundärer Natur.

Von Komplikationen wurde 30mal eine allgemeine Peritonitis beobachtet; davon wurden 12 = 40% geheilt. Sämtliche Heilungen entfielen auf die ersten beiden Tage des Bestehens der Peritonitis, während die Prognose vom 3. Tag ab durchaus ungünstig ist. In einem Falle kam es nach einer Abszeßinzision gelegentlich einer stumpfen Erweiterung der Wunde am 17. Tage nach der Operation zu einer Infektion des Bauchfelles, doch ging der Fall in Heilung aus. Von sonstigen Komplikationen kamen vor ein mechanischer postoperativer Ileus, hervorgerufen durch eine zu starke Heranziehung des Ileum zum Zwecke der Deckung des Appendixstumpfes, geheilt durch Enteroanastomose; ferner eine Thrombose der Dünndarmvenen mit tödlichem Ausgang, eine Blutung aus einem Gefäß mittleren Kalibers in der Wand eines Beckenabszesses ebenfalls mit tödlichem Ausgang, ein linksseitiger subphrenischer Abszeß mit einer linksseitigen Pleuritis, die Perforation eines Abszesses in die Blase, zwei Nephritiden, die sich nach der Operation rasch besserten, eine Nierenkolik und sechs operative Pneumonien.

Die 26 Fälle von Frühoperation innerhalb der ersten 48 Stunden wurden sämtlich binnen kurzer Zeit geheilt. Es handelte sich dabei 13mal um Appendicitis simplex, 6mal um Appendicitis perforativa und 7mal um Appendicitis gangraenosa. Dabei war nicht selten ein erhebliches Mißverhältnis zwischen dem pathologisch-anatomischen Befund und den klinischen Erscheinungen zu konstatieren.

Eine Spätoperation, d. h. eine Operation im Anfall, aber nach Ablauf der ersten 48 Stunden, wurde 111mal ausgeführt mit 78 Heilungen und 33 = 29,72% Todesfällen. Nur 66mal konnte der Wurmfortsatz gleich mit entfernt werden. 11mal blieben Fisteln zurück, von denen ein großer Teil wahrscheinlich durch den zurückgelassenen Wurmfortsatz bedingt war. Verf. empfiehlt daher, wenn irgend möglich, auch beim Vorhandensein von Abszessen den Weg durch die freie Bauchhöhle zu wählen, auf dem es fast stets gelingt, den Wurmfortsatz zu finden und zu entfernen.

Im freien Intervall wurde 47mal operiert. 44 Pat. wurden geheilt, 3 starben, davon 1 an Pneumonie, 1 an Peritonitis.

Nach seinen Erfahrungen hält Verf. die Operation im freien Intervall jederzeit für geboten, wenn auch nur ein Anfall sicher nachgewiesen ist. Wird aus besonderen Gründen die Intervalloperation nicht gemacht, so soll bei einem erneuten Anfalle jedenfalls in den ersten Stunden operiert werden. Die sofortige Operation im Anfalle hält Verf. in allen Fällen für indiziert, die innerhalb der ersten 48 Stunden in Behandlung kommen. Vom 3. Tag ab empfiehlt sich bei der hier viel schlechteren Prognose eine zuwartende Behandlung unter sorgfältiger Beobachtung des Pat. Fälle mit progredienter Tendenz sind stets so früh als möglich zu operieren und der Wurmfortsatz dabei, wenn irgend möglich, zu entfernen.

Wie sehr sich die Frühoperation empfiehlt, geht u. a. auch daraus hervor, daß die mittlere Heilungsdauer bei der Frühoperation 24 Tage, bei der Spätoperation 66 Tage, bei der Intervalloperation 20 Tage beträgt. Man kann daher dem Verf. nur beistimmen, wenn er über die Frühoperation sagt: »Es wäre nur zu wünschen, daß sie zum Wohle der Menschheit bald auch bei den Internisten allgemeine Anerkennung finden möge«. **M. v. Brunn** (Tübingen).

25) **H. Dörfler** (Weißenburg). Weitere Erfahrungen über Appendicitis mit besonderer Berücksichtigung der Frühoperation.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17 u. 18.)

D., welcher bis 1900 den Grundsätzen Sonnenburg's entsprechend vorgegangen war und bei teils exspektativer, teils operativer Behandlung eine Mortalität von 18,8% gehabt hatte, erlebte in der nachfolgenden Zeit unter 66 von ihm selbst von Anfang an beobachteten und behandelten Fällen mit 36 Operationen nur einen einzigen, ein 2jähriges Kind betreffenden Todesfall. Auf Grund seiner Erfahrungen hält er die Frühoperation für gefahrlos, sicher und leicht ausführbar und durch dieselbe das Auftreten einer tödlichen allgemeinen Peritonitis fast mit absoluter Sicherheit vermeidbar. Die besten Resultate erzielt man, wenn man sowohl in den frischesten, als auch in den verschleppten Fällen von der freien Bauchhöhle aus nach sorgfältiger Schutztamponade gegen die entzündliche Geschwulst vorgeht.

Kramer (Glogau).

26) **F. Treves.** The prospects and vicissitudes of appendicitis after operation.

(Brit. med. journ. 1905. März 4.)

T. verwertet die großen Erfahrungen aus seiner Tätigkeit nach zwei Richtungen: erstens unvollständige Ergebnisse der Appendicitisoperation, zweitens die Komplikationen der Appendicitisoperation. 45 seiner Privatpatienten, denen der Wurmfortsatz im Intervall entfernt worden war, klagten nach wie vor über mehr oder weniger starke Beschwerden. 2 von ihnen wurden bei der Relaparotomie mit vollem Erfolge von dem Rest ihres Wurmfortsatzes — ein Stumpf, angefüllt mit eitrigem Schleim, erweitert, hart, am Eingang zum Blinddarm strikturiert — befreit; 9 hatten Ovarialbeschwerden, andere litten an chronischer Kolitis, Neurasthenie, Gallensteinen, beweglichen Nieren, entzündlichen Infiltraten in der rechten Darmbeingrube. Es ergeben sich die praktischen Regeln: Der Wurmfortsatz ist stets dicht am Blinddarm abzutragen, bei Frauen immer das rechte Ovarium zu Gesicht zu bekommen, eine chronische Kolitis als Ursache der Appendicitis aufzudecken und zu behandeln. — Von 100 klageführenden Pat., denen ein akuter perityphlitischer Abszeß operiert worden war, boten — von Hernien ganz abgesehen — 40 eine persistierende Fistel dar, 24 hatten mehrfache Abszedierungen durchgemacht, 16 Rückfälle ihrer Appendicitis, 12 Sterkoralfisteln, 8 entzündliche Exsudate in der rechten Darmbeingrube. Die Fisteln heilten noch nach Monaten spontan oder auf einfache Behandlung; die dauernd bestehenden hatten ihre Ursache in einem erkrankten Wurmfortsatz oder in einem zurückgebliebenen Kotstein. Über Kotfisteln hat T. folgende Erfahrungen gewonnen: 1) Solange eine Kotfistel besteht, ist ein neuer Appendicitisanfall sehr ungewöhnlich. 2) Fast immer heilt eine Kotfistel spontan aus, wenn auch oft erst nach Monaten, und falls sie nicht ihren Grund hat in einem tatsächlichen Anschneiden des Darmes. 3) Diejenigen Fisteln, die erst einige Tage nach der Entleerung des Abszesses entstehen, haben eine bessere Prognose als solche, die bei der Operation selbst sich zu erkennen geben. 4) Der erkrankte Wurmfortsatz oder ein zurückgebliebener Kotstein sind sehr oft die Ursache einer dauernden Kotfistel. — Nach der Statistik über 1000 operierte Fälle von Appendicitis aus dem London Hospital tritt die Kotfistel in etwa 6% der Fälle auf. Bei der Frage der Rezidive nach Ausheilung eines perityphlitischen Abszesses ohne Wurmfortsatzentfernung betont T., daß nach seiner Erfahrung mindestens 83 von je 100 Pat. keinen zweiten Anfall mehr bekommen, und daß die Mortalität von 25% beim ersten Anfall auf 7% beim zweiten und auf 2% bei den weiteren sinkt. Darum meint er, man solle den Wurmfortsatz nach Heilung eines eröffneten perityphlitischen Abszesses dann entfernen, wenn er auch nur die geringsten Beschwerden macht, aber diese Entfernung nicht als durchgängige Forderung aufstellen.

Von den Komplikationen nach Appendicitisoperationen erwähnt T. unter jenen 1000 Fällen 4 nicht eitrige Parotitiden, ebenso 4 Pylephlebitiden, 45 Lungenkom-

plikationen, 12 Thromben der Vena femoralis, von denen 11mal die linke, nur 1mal die rechte Seite betroffen war. 6mal bestand Schwangerschaft, darunter 3mal mit allgemeiner Peritonitis, Abort und Tod; 3mal Abszeß mit zwei Aborten und jedesmal ungestörter Heilung. **W. Weber** (Dresden).

27) **A. Schanz** (Dresden). Eine Bandage für große Bauchbrüche.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

Die Bandage besteht aus einer festen Stahlreifpelotte, welche die Bruchgeschwulst an ihrer Basis umgreift und mit einem Beutel von elastischem Trikotgewebe stützt. Ein elastischer Leibgurt wird mit zwei Riemchen an der Pelotte zur Fixation dieser festgeknöpft. Die Pat. waren mit der Wirkung der Bandage zufrieden. **Kramer** (Glogau).

28) **E. Hagenbach.** Über Bruchsackdivertikel.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 688.)

H. teilt sechs Fälle von Bruchsackdivertikeln verschiedener Größe und Ausbildung mit, bei denen gelegentlich der Radikaloperation eine genaue Präparation der Samenstranggebilde die Divertikelbildung als zufälligen Befund ergab, ohne daß klinisch etwas darauf hingedeutet hätte. Verf. betont, daß solche Divertikel ohne genaue Präparation der Samenstranggebilde leicht übersehen werden und die Ursache für Rezidive bilden können. **M. v. Brunn** (Tübingen).

29) **Knox.** Notes on two cases of infantile or encysted hernia.

(Glasgow med. journ. 1905. Juni.)

Verf. teilt zwei Fälle dieser seltenen Erkrankung aus seiner Praxis mit.

Beide Male saß der Bruch rechts; der erste Pat. war 2½ Jahre, der andere 72 Jahre alt. Im ersten Falle war der Bruch klein, im zweiten von der Größe einer Kokosnuß; hier bestand Inkarzeration. Der Hode war in diesem zweiten Fall atrophiert und wurde mit entfernt. Beide Pat. wurden geheilt.

W. v. Brunn (Rostock).

30) **E. Juvara** (Jassy). Beiträge zum Studium der Haargeschwülste oder Trichobezoarien.

(Revista de chir. 1905. Nr. 3.)

Die Haargeschwülste, welche im Magen vorkommen, sind alle mit einer einzigen, einen 10jährigen Knaben betreffenden, Ausnahme bei Frauen gefunden.

Sie veranlassen: Schmerz in der epigastrischen Gegend, namentlich gegen den Pylorus zu, oberhalb oder unterhalb des Nabels, und Erbrechen, besonders in jenen Fällen, wo die Geschwulst Ausläufer durch den Pylorus in das Duodenum sendet und so der Fortbewegung des Spreisebreies Hindernisse in den Weg legt. In manchen Fällen ist Blutbrechen vorhanden. Die bewegliche Geschwulst kann meist leicht gefühlt werden.

J. gibt eine mit Illustrationen versehene Beschreibung der vorzunehmenden Gastrotomie und in Kürze die Krankengeschichten von 27 Fällen aus der Literatur, denen er eine eigene Beobachtung hinzufügt. Es handelte sich um ein 16jähriges Mädchen, welches seit etwa einem Jahre an Magenschmerzen, Übelkeiten und Erbrechen litt, auch im allgemeinen Ernährungszustande stark herabgekommen war. Man fühlte in der linken Bauchseite eine nierenförmige, etwa zweifaustgroße Geschwulst, die man mit Leichtigkeit gegen den Nabel und unter den Rippenbogen ziehen konnte. Da die Untersuchung der anderen Organe normale Verhältnisse ergab, dachte man an eine Netzcyste, fand aber bei Eröffnung des Bauches eine endogastrische Geschwulst. Dieselbe war 12 cm lang, 6 cm breit und 4 cm dick, von wirr durcheinander gewebten Haaren gebildet, die sich auf der einen Seite in lockige Strähne lösten. Auf dem Durchschnitte fand man einen aus grasdünnen Holzstücken und Haaren gebildeten Kern. Die Heilung erfolgte per primam. **E. Toff** (Braila).

31) **Roughton.** A case of perforated gastric ulcer.

(Brit. med. journ. 1905. März 11.)

Ein 26jähriger Mann erleidet nach 3monatigen Magenbeschwerden eine Perforation seines Magengeschwüres, wird einige Stunden später operiert. Beginnende Peritonitis, Einstülpung und Übernähung des perforierten Geschwüres an der hinteren Magenwand, dicht an der kleinen Kurvatur. Fast 4 Wochen später, nach ganz glattem Verlaufe, plötzlicher Kollaps und Tod an allgemeiner Peritonitis. Die Sektion ergab als Ursache letzterer eine Darmabschnürung durch das schräg von der Flexura coli lienalis zur rechten Regio iliaca ziehende und hier adhärente Netz. Die Naht des Geschwüres hatte gut gehalten. **W. Weber** (Dresden).

32) **Hinterstoisser** (Teschen). Zur chirurgischen Behandlung des kallösen penetrierenden Magengeschwüres.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 3.)

In allen drei mitgeteilten Fällen wurde das geschwulstbildende kallöse Geschwür des Magens gleich einer bösartigen Neubildung behandelt und die zirkuläre Magenresektion mit günstigem Erfolg ausgeführt. Im ersten Fall Einpflanzung des Duodenum in die hintere Magenwand, in den beiden anderen Fällen Verschluß beider Lichtungen und Gastrojejunostomia antecolica mit Murphyknopf. Im zweiten Falle mußte 108 Tage nach der ersten eine zweite Laparotomie (Gastrotomie) zur (nicht ganz leichten) Entfernung des an Ort und Stelle verbliebenen Murphyknopfes vorgenommen werden. **Hübener** (Dresden).

33) **Silbermark.** Magendivertikel nach Ulcus ventriculi.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Sitzung vom 18. November 1904.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

Der 30jährige Pat. will vor 3 Jahren an einer linksseitigen Rippenfellentzündung erkrankt gewesen sein und bemerkte seit 3 Monaten eine Geschwulst in der linken Oberbauchgegend, die beim Arbeiten Schmerzen macht. Entsprechend der linken Mammillarlinie war in der Kontinuität der 8. und 9. Rippe eine hühnereigroße, derbe Geschwulst zu tasten, die sich zerkleinern ließ und auf Druck starke Schmerzen erzeugte. Haut darüber verdickt, aber verschieblich. Diagnose schwankte zwischen Osteomyelitis der betreffenden Rippen und bösartiger Periostgeschwulst. Operation (v. Mosetig): Nach Abpräparieren der Haut Stielung der Geschwulst durch subperiostale Resektion der 8. und 9. Rippe. Lungenrand völlig frei beweglich. Nach Abtragung der Geschwulst an ihrer Basis ergab sich eine etwa kleinhandtellergroße Lücke im Bauche, die in einen Hohlraum führte, der sich als der stark nach links gezerrte Magen erwies. Einführung eines Drains in den aboralen Teil des Magens, Tamponade desselben mit Gaze.

Die exstirpierte Geschwulst erwies sich als ein Divertikel des Magens; die Wand war etwa 1 cm dick. Ernährung durch den ins Duodenum führenden Schlauch. Nachträglich gab Pat. an, schon seit 6 Jahren, besonders heftig aber zur Zeit der angeblichen Pleuritis an Magenbeschwerden gelitten zu haben.

8 Tage nach der ersten Operation wurde der fest an die vordere Bauchwand fixierte Magen von seinen Verwachsungen gelöst, die Fistel vernäht. Völlige Heilung.

Auf Grund der histologischen Untersuchung ist der Vorgang ungefähr folgender gewesen.

Verlötung der Geschwürsumgebung mit der vorderen Bauchwand durch Perigastritis, Einschmelzung der Magenwand und eines Teiles der Bauchwand samt den knöchernen Rippenspangen. Bildung des Divertikels in der Zeit, während welcher die noch nicht genügend starke Narbe dem Drucke von innen her nachgeben mußte und infolgedessen sich ausbauchte. Erst mit zunehmender Verstärkung der Narbe blieb die Geschwulst, d. i. das Divertikel, konstant.

Hübener (Dresden).

34) **Torkel.** Die sog. kongenitale Pylorushyperplasie eine Entwicklungsstörung.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXX. p. 316.)

Ausführliche histologische Untersuchung eines derartigen Pylorus, der von einem 4 Wochen alten Kinde stammte, das an unstillbarem Erbrechen gestorben war. Die Resultate der Arbeit sind kurz folgende: Es bestand eine starke Hyperplasie der Pylorusmuskulatur, die jedoch den Bau normaler Magen- und Darmmuscularis erkennen ließ. In dieser hyperplastischen Muskulatur fanden sich Einschlüsse, die als mißbildete Brunner'sche Drüsen aufgefaßt wurden und durch Keimversprengung erklärt werden müssen. Letzterer Umstand spricht mit Sicherheit für die kongenitale Entstehung des Prozesses. Hinsichtlich der histologischen Details muß auf die Mitteilung selbst verwiesen werden.

Doering (Göttingen).

35) **Wieting uud Reschad Effendi.** Zur Pathologie und Anatomie der suprapapillären Duodenalstenose geschwüriger Grundlage.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 53.)

Bei einem 25jährigen Türken hatten sich, angeblich infolge eines Falles auf die Bauchgegend, vor 10 Jahren Schmerzen und Verdauungsbeschwerden entwickelt. Pat. war in verschiedenen Krankenhäusern gewesen, ohne Besserung zu finden. Daß er flüssige Sachen besser vertrug als feste, merkte er bald selbst. Nach festen Speisen hatte er in den letzten Jahren öfters erbrochen. Trotz flüssiger Ernährung hatte er in den letzten Monaten über Zunahme der Schmerzen zu klagen.

Bei dem sehr mäßig genährten Manne traten unabhängig von den Mahlzeiten häufig kolikartige Schmerzen in der Nabelgegend auf. Dabei bestand häufiges saures Aufstoßen und Stuhlverhaltung. Bei den Schmerzanfällen sah man Steifungen in der Nabelgegend. Die Tastung war schmerzhaft und ergab eine härtere geschwulstartige Masse oberhalb und rechts vom Nabel. Links stand das Zwerchfell abnorm hoch mit lautem Magen-Darmschall.

Bei der Laparotomie drängte sich sofort der stark geblähte und vergrößerte Magen in die Wunde. Der Magengrund stand sehr hoch unter dem Zwerchfelle, die große Kurvatur lief ganz an der linken Bauchseite entlang, unterhalb des Nabels stieg sie scharf empor nach rechts gegen die Gallenblasengegend. Doch fühlte man unterhalb der Leber eine große Menge harter, knirschender Körper, die als Gallensteine angesprochen wurden. — Nach dem Befunde mußte man eine Stenose im oberen Teile des Duodenum annehmen, wahrscheinlich infolge entzündlicher Prozesse an den Gallenwegen. Es wurde die Gastroenterostomia posterior antecolica angelegt. Dabei versagte der Puls, wie schon vorher einmal, und der Kranke erbrach. Wieder trat Erbrechen ein nach Fertigstellung der Anastomose. Als Beckenhochlagerung hergestellt wurde, kamen große Mengen flüssigen Mageninhaltes aus dem Munde, wie wenn die Cardia weit geöffnet sei. Dabei hörten Puls und Atmung auf.

Bei der Obduktion fand sich, daß der Magen gut 5 Liter Flüssigkeit fassen konnte. Die Magenoberfläche war frei bis zum Pylorus, wo Verwachsungen begannen. Magen, Pylorus und Gallenblase waren durch einen narbigen Streifen fest aneinander geheftet. Die Gallenblase war geschrumpft, die gefühlten Körper waren 80—90 Olivenkerne, die in dem stark erweiterten obersten Teile des Duodenum lagen. Gleich hinter dieser Erweiterung, unmittelbar über der Papille, war das Duodenum in Ausdehnung von $^1/_2$ cm zirkulär verengt, so daß kaum ein Hühnerfederkiel durchging. Der innere Lichtungsumfang des deutlich sich abhebenden Pylorus betrug 16 cm. Der Rauminhalt des erweiterten Duodenalabschnittes wurde auf 300 ccm geschätzt. Die Wandung war dabei dünn, die atrophische Schleimhaut trug mehrfache atrophische Herde. Auf der vorderen oberen Fläche saß in derbem kallösem Gewebe ein scharf ausgeschnittenes, frisches Geschwür. In der gleichfalls atrophischen und katarrhalischen Magenschleimhaut waren keine Narben oder Geschwüre. Mit dem erweiterten Duodenalabschnitte

fest verwachsen war das stark fibrös verdickte Lig. hepato-duodenale. — In ätiologischer Hinsicht lagen Lues und Tuberkulose nicht vor, ebensowenig voraufgegangene Verbrennungen oder Nierenaffektionen.

Die Erweiterung des Duodenalbschnittes oberhalb der Stenose kann bei hochsitzender Duodenalstenose erst zustande kommen, wenn der Pylorus nicht mehr suffizient ist, da die kurze Strecke zwischen Pylorus und verengter Stelle zu einer kraftvollen peristaltischen Tätigkeit nicht ausreicht. Der Werdegang wäre demnach: Stenose des Duodenum; keine oder nur geringe Erweiterung des kurzen Duodenalabschnittes oberhalb der Stenose bei suffizientem Pylorus; dann Dilatation bezw. Hypertrophie des Magens, schließlich Insuffizienz des Pylorus und dann erst beträchtliche Ausweitung des Duodenalabschnittes. Mit dieser Entstehung stimmt der öfter schon erhobene Befund überein, nämlich Magendilatation bei Duodenalstenose ohne Ausweitung des Duodenum mit erhaltener Pylorusfunktion. Erst bei Pylorusinsuffizienz tritt Duodenalerweiterung ein.

In dem beschriebenen Fall ist die Duodenalstenose noch durch Anhäufung der Olivenkerne erhöht worden, so daß es fast wunderbar erschien, wie der Kranke überhaupt noch ernährt wurde. Es soll in der Türkei ein altes Volksheilmittel sein, bei Störungen, die auf Undurchgängigkeit des Darmes schließen lassen, feste Körper in großen Mengen zu verschlucken, um so die Sperrung zu sprengen. Verff. haben in zwei weiteren Fällen vor einer tuberkulösen Blinddarmstenose eine große Anzahl Kerne gefunden, die zu dem Zwecke verschluckt waren.

Die in der Nabelgegend sicht- und fühlbaren Steifungen müssen auf den Magen bezogen werden. Den plötzlichen Tod führen Verff. auf eine reflektorische Lähmung im Vaguszentrum zurück. Verff. bedauern, die direkte Herzmassage unterlassen zu haben, die in diesem Falle durch Eingehen von der Bauchhöhle aus verhältnismäßig einfach gewesen wäre.

Die Gastroenterostomie ist noch in einem weiteren Falle von Duodenalgeschwür mit Peripyloritis und Periduodenitis und beginnender Lebercirrhose mit gutem Erfolg angewendet worden. Sie wurde wegen der Cirrhose mit Annähung des Netzes an die vordere Bauchwand nach Talma kombiniert. — Jedenfalls war die Gastroenterostomie auch in dem ersteren, beschriebenen Falle die gegebene Operationsmethode. **E. Moser** (Zittau).

36) **O. Mayer.** Ein Fall von eigentümlicher Passagestörung nach Gastroenterostomie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 6.)

Ein Pat. war in der v. Eiselsberg'schen Klinik wegen einer narbigen Pylorusstenose (Salzsäurebefund positiv, keine Drüsen) mit einer Gastroenteroanastomose nach v. Hacker versehen worden, die die Beschwerden beseitigte. Nach $^{1}/_{2}$ Jahr erneute Beschwerden, erneute Operation. Es hatte sich mittlerweile auf der Basis der Geschwürsnarbe ein Karzinom entwickelt und dieses zu einer metastatischen Schwellung der regionären Lymphdrüsen geführt. Durch gewaltige Vergrößerung eines an der Radix mesenterii gelegenen Drüsenpaketes und Hineinwachsen desselben in das Gekröse der Anastomosenschlinge war es zu einer zunehmenden Kompression des Darmes zu beiden Seiten derselben gekommen, die sich bis zum fast völligen Verschluß gesteigert hatte. Durch Schaffung einer neuen Anastomose (Gastrojejunostomia antecolica anterior) wurden dem Pat. die letzten Lebensmonate erleichtert. **Hübener** (Dresden).

37) **W. Passow.** Beitrag zur operativen Behandlung des sogenannten Ileocoecaltumors.

Inaug.-Diss., Rostock, 1905.

P. berichtet über 18 Fälle, die Müller-Rostock operiert hat. In neun Fällen hat es sich um Tuberkulose, in sieben um Karzinom gehandelt; je einmal lag eine Intussuszeption und eine schwielige Darmgeschwulst vor. Sechs Pat. sind in unmittelbarem Anschluß an die Operation gestorben, sechs andere erlagen später ihrem Leiden.

Als Operation der Wahl wurde die einzeitige Resektion des Ileocoecum angewendet. Dreimal nur wurde die Operation auf die Anlegung einer Anastomose beschränkt, einmal davon unter Benutzung des Murphyknopfes. Bei den 15 Resektionsfällen wurde der Knopf zweimal angewendet, zweimal die seitliche Anastomose mit blinder Vernähung der Darmenden und elfmal zirkuläre Darmnaht. Die Anwendung des Murphyknopfes war stets von lokaler Gangrän und tödlicher Peritonitis gefolgt. Deshalb wurde später von Verwendung des Knopfes abgesehen. Bei dem nachher gewöhnlich geübten Verfahren der zirkulären Naht bildete sich in sechs Fällen eine Kotfistel aus. Zwei davon heilten spontan, zwei auf eine Nachoperation hin und zwei gingen zugrunde.

Eine wegen Karzinom operierte Pat. starb 4 Jahre nach der Operation im Alter von 73 Jahren rezidivfrei an einer Apoplexie, eine andere ist noch am Leben nahezu 6 Jahre nach der Operation. Von den drei wegen Tuberkulose operierten Pat. leben zwei 2 bezw. 2½ Jahre nach der Operation in guter Gesundheit, eine dritte bekam eine Psychose. Das wegen Intussuszeption operierte Kind lebt 2½ Jahre nach der Operation völlig gesund.

Es folgen einige Zusammenstellungen von anderen Operateuren.

E. Moser (Zittau).

38) **R. Wilmanns.** Ein Fall von Darmstenose infolge chronisch entzündlicher Verdickung der Ileocoecalklappe.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 221.)

Ein 27jähriger, tuberkulös belasteter Mann kam mit den Erscheinungen einer chronischen Darmstenose in der Blinddarmgegend in Behandlung. Als Grund für die Unwegsamkeit fand sich ein portioähnlich in den Blinddarm vorspringender Zapfen, der anfangs den Verdacht auf eine Invagination erweckte. Der Blinddarm mit 6 cm des Ileum wurde reseziert. Die Untersuchung des Präparates bestätigte den Verdacht auf Invagination nicht, auch für Tuberkulose fand sich kein Anhaltspunkt. Verf. sieht sich daher genötigt, eine einfache, nicht spezifische Entzündung der Ileocoecalklappe anzunehmen und sieht als Ursache dafür mit Wahrscheinlichkeit eine Typhlitis stercoralis an. Einen völlig analogen Fall konnte er in der Literatur nicht finden. **M. v. Brunn** (Tübingen).

39) **Grey.** A case of long-standing constipation.

(Brit. med. journ. 1905. Februar 18.)

Ein 13½jähriger Knabe, der seit seinem 3. Lebensjahre nur alle 3—6 Wochen Stuhlentleerungen hatte, litt verhältnismäßig wenig unter diesem Zustande. Gelegentliche Koliken mit Erbrechen, Ohnmachtsanwandlungen und Kopfschmerzen waren die Hauptsymptome, aber seine körperliche und geistige Entwicklung war hinter seinen Jahren beträchtlich zurückgeblieben. Nach Anwendung von Morphiumsuppositorien zur Herabsetzung des starken Sphinktertonus gelang es mit heißen Öleinläufen in 9 Tagen fast 30 Pfund Kotmassen zu entleeren, etwa ein Drittel seines Körpergewichtes. Unter entsprechender Diät, Eisen-Aloëpillen, Massage, gymnastischen Übungen erreichte G. normale Entleerungen und beträchtlichen Fortschritt in der körperlichen und geistigen Entwicklung. (Auf die Ähnlichkeit des Falles mit der sogenannten Hirschsprung'schen Krankheit geht G. nicht ein. Ref.) **W. Weber** (Dresden).

40) **Ekehorn.** Die anatomische Form des Volvulus und Darmverschlusses bei beweglichem Coecocolon ascendens.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

Verf. veröffentlicht in Ergänzung zu seiner früheren Arbeit[1] einen neuen Fall, bei dem ein Teil des Dünndarmes mit dazu gehörigem Mesenterium um das freie Stück des Coecocolon herumgeschlagen war, so daß dieses dadurch abgeklemmt

[1] Ref. d. Bl. 1904. Nr. 20. p. 628.

wurde, und zwar hatte, im Gegensatze zu den früheren Fällen, die Umdrehung im entgegengesetzten Sinne des Uhrzeigers stattgefunden. Der Blinddarm war länger als gewöhnlich und reichte ins kleine Becken hinab, das Dünndarmmesenterium war bis über 32 cm hoch. Der oberste Teil des Jejunum und der unterste des Ileum hatten an der Umschlagung nicht teilgenommen. Die Sektion des 74jährigen Pat., welcher rasch nach der Operation starb, führte noch eine Reihe in der Arbeit angegebener interessanter Details zutage.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

41) O. Simon. Erfahrungen bei der operativen Behandlung des kompletten inneren Darmverschlusses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 489.)

S. bespricht 14 Fälle von inneren bruchähnlichen Einklemmungen (innere Hernie, Stränge, Meckel'sches Divertikel usw.), 7 Fälle von Achsendrehung und Verknotung des Darmes, 2 Invaginationen, 10 Darmverschlüsse durch äußere peritonitische Darmkonstriktion und Adhäsion ohne Strangulation, 11 innere Darmstrikturen durch Narben (4) oder Karzinom (7), 3 Verlegungen durch Gallensteine, 1 Darmkompression durch ein Lymphangiom des Mesenteriums und 3 Darmverschlüsse unbekannter Herkunft. Diese stattliche Zahl von Darmverschlüssen wurde in dem Zeitraum von 1890—1903 exklusive in der Heidelberger chirurgischen Klinik beobachtet. Die Schlüsse, welche Verf. für die operative Behandlung zieht, sind folgende: Bei Verdacht auf Strangulation des Darmes einschließlich Volvulus und Invagination ist die sofortige operative Behandlung, Aufsuchung und Beseitigung des Hindernisses angezeigt. Bei Darmgangrän ist meist Vorlagerung und Eröffnung des Darmes vorzuziehen. Bei anderen Arten von Darmverschluß ist, besonders wenn er sich langsam unter Erscheinungen chronischer Verstopfung entwickelt hat, ein Versuch mit innerer Behandlung berechtigt, doch muß er rasch binnen 1—2mal 24 Stunden vorgenommen werden. Bleibt er in dieser Zeit erfolglos, so ist auch hier zu operieren. Primäre Geschwulstresektionen verwirft S. und empfiehlt zweizeitiges Vorgehen, zuerst Enterostomie, eventuell Enteroanostomose, und später erst Beseitigung des Hindernisses. Fremdkörper sind zu entfernen. Jeder Operation wegen vollständigen Darmverschlusses soll eine Magenspülung vorangeschickt werden. Bei starkem Meteorismus ist der Darm bei der Operation zu entleeren. Bei bestehender Peritonitis empfieht S. stets eine Darmfistel anzulegen.

M. v. Brunn (Tübingen).

42) J. Borelius. Zur Technik der Dickdarmresektion.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. 3. Folge. Bd. IV. Abt. 1. Nr. 11. [Deutsch.])

An der Hand von 20 vom Verf. operierten Fällen (wegen Neubildungen) Aktinomykose, Volvulus, Hirschsprung'scher Krankheit u. a.) bespricht Verf. in einem Vortrage, der auf dem 6. Kongresse des Nordischen chirurgischen Vereins (in Gothenburg 8.—10. August 1904) gehalten wurde, seine Erfahrungen über die verschiedenen in Frage kommenden operativen Maßnahmen. Sämtliche Fälle sind intraperitoneal behandelt worden; nur einen Todesfall hat Verf. zu bedauern (als direkte Folge der Naht). Verf. bevorzugt die einzeitige Operation als Normalmethode, ohne zu leugnen, daß man unter Umständen gezwungen sein kann, zweizeitig zu operieren. Die zirkuläre Verbindung (»end-to-end«) der Darmenden hat Verf. die besten Resultate geliefert; doch verwirft er die laterale Apposition nicht, rät vielmehr diejenige Methode anzuwenden, die sich im speziellen Falle als die geeignetste bietet.

Einzelheiten im Original. **Hansson** (Cimbrishamn).

Berichtigung. In der Tabelle auf p. 121 der Beilage zu Nr. 30 lies statt I. u. II. Jahr stets I. int. u. II. int.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 33. **Sonnabend, den 19. August.** **1905.**

I.

Über die Behandlung der chirurgischen Infektionen mit Phenolkampfer.

Von

Dr. V. Chlumský,

Privatdozent für Chirurgie in Krakau.

Die Bier'sche Behandlung der infizierten Wunden, Furunkel usw., deren Anwendung und Resultate wir auf dem letzten Chirurgenkongreß (1905) in Berlin gesehen haben, scheint trotz ihrer Vortrefflichkeit doch nicht ausreichend zu sein. Deswegen erlauben wir uns hier auf eine andere, viel einfachere Methode aufmerksam zu machen, die wir seit zirka 6 Jahren mit sehr gutem Erfolg anwenden.

Wir haben zwar vor einigen Jahren kurze Notizen über diese Methode veröffentlicht, doch da es sich damals nur um vorläufige Mitteilungen handelte, blieben sie meistens wenig berücksichtigt. Inzwischen gelang es uns, die Methode zu vervollkommnen, so daß wir sie der freundlichen Nachprüfung der Kollegen empfehlen können. Zugleich möchten wir hier auf viele Anfragen, die uns in letzter Zeit zugekommen sind, kurz antworten.

Unsere Behandlungsmethode der infizierten Wunden, Furunkel und der chirurgischen Infektionen besteht in der Anwendung eines besonders starken Antiseptikums, welches trotz seiner großen bakteriziden Kraft ziemlich ungefährlich ist. Dieses Antiseptikum ist altbekannt. Es besteht aus einer Mischung von reiner Karbolsäure und Kampfer. Anfänglich haben wir diese Chemikalien zu gleichen Teilen genommen. Durch die Mischung derselben entsteht eine ölige Flüssigkeit, die merkwürdigerweise die ätzenden Eigenschaften der Karbolsäure vollständig verliert. Man kann sie unbesorgt auf die Hand gießen, ja sogar in die Wunden selbst, ohne daß die bekannte weiße Verfärbung — die Ätzung der Wunden — danach eintritt. Auf der gesunden Haut wird durch das Begießen oder Anfeuchten mit dieser Flüssigkeit kein unangenehmes Gefühl, kein Schmerz hervorgerufen; es ist, als ob man Öl oder Chloroform auf die Hand gegossen hätte. Bei den meisten Pat. wird auch die kranke Haut, ja sogar die offene Wunde nicht gereizt. Infolgedessen fehlen auch Schmerzäußerungen. Nur selten klagten die Patienten über das Brennen der Haut oder der Wunde, das übrigens nur sehr kurze Zeit dauerte. Die erwähnte Flüssigkeit löst sich nur sehr schwer im Wasser; sie entzieht also dem Körper kein Wasser. Dagegen ist sie sehr leicht in Alkohol, weniger leicht in Äther und Chloroform lösbar. Sie bleibt — obzwar sie aus zwei festen Gegenständen entstanden ist — auch bei sehr niedriger Temperatur flüssig. Herr Privatdozent Dr. Lemberger in Krakau hat freundlich die Versuche mit ihr angestellt und konstatiert, daß sie sich erst bei 70° unter Null in eine gallertartige Masse umwandelt. Neben dem Ätzvermögen hat die Flüssigkeit auch den penetranten Karbolgeruch verloren. Sie riecht nur nach Kampfer. Dem Tageslicht ausgesetzt, bekommt sie die bekannte rosarote Farbe wie die Karbolsäure. Unverkorkt verflüchtigt sie sich, wobei, wie es scheint, zuerst der Kampfer verloren geht. Infolgedessen enthält der Rest mehr Karbolsäure und wird damit ätzend. Gut verkorkt ist die Flüssigkeit anscheinend unbegrenzt haltbar. Wir haben einige Fläschchen mit der Lösung seit 4—5 Jahren stehen, deren Eigenschaften dieselben sind, wie die der frisch zubereiteten.

Die Wirkung der Lösung auf die Bakterien wird wahrscheinlich darauf beruhen, daß der Kampfer sich schneller verflüchtigt und die dadurch frei gewordenen minimalen Mengen von Karbolsäure die Bakterien abtöten. Da aber der Überschuß von Karbolsäure nur sehr gering ist, kommt es nicht zu einer Ätzwirkung derselben.

Wie aus dem Gesagten hervorgeht, bringen wir die Flüssigkeit direkt auf die kranke Haut oder auf die Wunden.

Handelt es sich z. B. um ein Erysipelas, und der Prozeß ist noch frisch und nicht zu stark ausgebreitet, so wird die kranke Stelle und deren Umgebung einigemal täglich (2—5mal) mit der Lösung bestrichen. Gewöhnlich nimmt im Verlaufe einiger Stunden die Rötung ab, und das Übel ist rasch geheilt. Ist die erkrankte Stelle in größerem Umfange betroffen, und das Leiden nicht mehr frisch, so betupfen wir alles Kranke wie vorher mit der Lösung und umhüllen es mit von der Lösung durchtränkter Watte. Darüber legen wir noch Billrothbattist oder noch besser Wachspapier und befestigen das Ganze mit einer Binde. Dieser Verband wird ein- oder zweimal täglich gewechselt. Auch hier tritt rasch eine Besserung ein. Gewöhnlich werden die roten Stellen zuerst mehr blau; dann bekommen sie unter starker Abschuppung der Haut in 2—3 Tagen ihre normale Hautfarbe. Öfters verbinden wir diesen Verband mit dem altbekannten feuchten Wasserverband. Die kranke Stelle wird mit der Lösung betupft, auf die besonders geröteten Partien werden mit der Lösung getränkte Wattestücke gelegt und darüber kommt feuchte Watte, Billrothbattist, zuletzt die Binde.

Bei beginnenden Phlegmonen, Panaritien, eitrigen Pusteln machen wir den Verband wie vorher. Sehr oft gelingt es schon am 1. Tage, den ganzen Prozeß zum stehen zu bringen. Ist irgendwo Eiter nachweisbar, so eröffnen wir die Stelle und gießen sofort in die Inzisionswunde die Lösung, manchmal in ziemlich beträchtlicher Menge — bis 30 und 50 g in tiefe Abszesse — ohne unangenehme Nebenerscheinungen zu beobachten. Die infizierten Wunden spülen wir mit der Lösung aus und legen in dieselben mit ihr getränkte Tampons; darüber kommt in den ersten Tagen ein Watte-Battistverband wie früher.

Es ist auffallend, wie rasch sich manchmal die lange eiternden Wunden reinigen; ihre Sekretion vermindert sich und wird mehr schleimig, so daß wir bald zur gewöhnlichen Luft- oder Salbenbehandlung übergehen können. Die Tampons werden nur solange liegen gelassen, bis sich die Eitersekretion vermindert hat. Dann wird nur die Lösung in die Wunde gegossen. Bei besonders großen Abszessen wartet man natürlich mit der vollständigen Entfernung des Tampons, bis sich die Höhle entsprechend verkleinert hat. In zwei Fällen, bei denen der behandelnde Arzt die Tampons zu früh entfernt hat, schloß sich die Wunde, und es wurde später notwendig, nochmals zu inzidieren; beidemal ergoß sich nun aber kein Eiter, sondern eine schleimige, dicke Flüssigkeit.

Wir haben diese Art der Behandlung auch bei tuberkulösen Fisteln, bei Lymphangitiden und Furunkeln mit recht gutem Erfolge angewandt und halten uns deswegen direkt für verpflichtet, auf diese Methode hier nochmals hinzuweisen. Wenn sie die anderen diesbezüglichen Methoden auch nicht übertrifft, so ist sie denselben

wenigstens ebenbürtig und kann eventuell auch kombiniert mit anderen Behandlungsarten gute Dienste leisten.

Beim Schluß möchte ich noch auf einige Einzelheiten aufmerksam machen. Die soeben beschriebene Lösung verursachte in sehr seltenen Fällen — besonders wenn man die Fläschchen längere Zeit offen ließ, und es sich um Pat. mit feiner empfindlicher Haut handelte — doch leichte Verätzungen. Ich habe deshalb die Mischungsverhältnisse geändert, indem ich den Prozentgehalt von Kampfer erhöhte. Außerdem habe ich etwas Alkohol zugesetzt, wodurch die Lösung wasserklar, besser haltbar und absolut ungefährlich wurde.

Meine Vorschrift lautet jetzt:

Rp.: Acidi carbol. purissimi 30,0,
Kamphorae tritae 60,0,
Alcohol. absol. 10,0.
MDs. Äußerlich.

II.

Zur Technik der seitlichen Enteroanastomose.

Von

Prof. Dr. **Küster** in Marburg.

Da die Schnelligkeit der Ausführung einer der wesentlichsten Faktoren für den Erfolg bei Operationen am Magen-Darmkanal darstellt, so ist jede Veränderung der Technik von Bedeutung, welche eine Verkürzung der Operationszeit herbeiführt, ohne die Sicherheit in Frage zu stellen. Von diesem Gesichtspunkte aus teile ich folgenden Kunstgriff mit, den ich wiederholt und mit gutem Erfolge bei der seitlichen Enteroanastomose durch Murphyknopf zur Anwendung brachte.

Bevor man nach der Resektion eines Darmstückes die beiden Enden in bekannter Weise vernäht, einstülpt und durch eine zweite Nahtreihe sichert, wird in jede Darmlichtung die eine Hälfte eines Murphyknopfes gebracht, welche entweder durch den Umschnürungsfaden oder durch die Finger eines Gehilfen an einem zu starken Ausweichen gehindert wird. Nach Beendigung des Verschlusses der Darmenden umgreife ich eins derselben mit der vollen linken Hand, bringe den Knopf an die Stelle, an welcher die Anastomose geplant wird, und dränge den zentralen Zylinder von innen nach außen so gegen die Darmwand, daß diese sich scharf über dem Rande des Metallstückes spannt. Nunmehr durchschneide ich mit einem Messerchen die gespannte Darmwand in der Längsrichtung, bis der Zylinder durch die Öffnung hervorspringt. In der Regel kann der Schnitt wegen der starken Dehnung der Ränder kürzer sein als der Durchmesser des Zylinders; um so fester legt er sich hinterher an das Metall an. Ist das eine Darmende fertig, und vorläufig durch ein

Mullstück verschlossen, so folgt die Versorgung auch des zweiten und endlich die Zusammenfügung der Knopfhälften. Das Ganze ist außerordentlich schnell zu machen; nachträgliche Nähte kommen nur dann in Frage, wenn der Schnitt zu groß angelegt war.

Da auf diese Weise auch jede Verunreinigung des Operationsfeldes mit Sicherheit vermieden werden kann, so glaube ich das Verfahren den Fachgenossen zur Nachahmung empfehlen zu dürfen.

---

1) **Herzfeld** (Berlin). Tumor und Trauma.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 1.)

In seinem auf dem 6. Bahnarzttage 1904 zu Metz gehaltenen Vortrage bespricht Verf. eingehend den ätiologischen Zusammenhang zwischen Geschwulst und Trauma. Das Trauma im weitesten Sinne (jede Verletzung und Reizung gesunden Gewebes) spielt in der Ätiologie die größte Rolle, »ohne Trauma kein Tumor«. Die Wichtigkeit dieser Erkenntnis für die Unfallsbegutachtung wird betont und an 54 Fällen (Gutachten) erläutert. **K. Schultze** (Bonn).

---

2) **P. Juliusburger.** 7081 Todesfälle an Krebs von 1885 bis 1899 bei der »Friedrich Wilhelm«, Preußischen Lebens- und Garantie-Versicherungs-Aktien-Gesellschaft in Berlin.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Heft 1.)

Verf. hat das reiche Material in sehr ausführlicher und übersichtlicher Weise statistisch verarbeitet und kommt dabei zu folgenden Ergebnissen: Die Todesfälle an Krebs haben zugenommen; die besser situierten Frauen sind an der allgemeinen Zunahme des Krebsleidens am meisten beteiligt. Prozentualiter überwiegen die Krebstodesfälle der Männer die der Frauen. Das Durchschnittsalter der Verstorbenen war $55^1/_5$ Jahr. Wahrscheinlich wird durch die erbliche Belastung eine Disposition zum Krebs geschaffen. In den bemittelten Kreisen waren die Krebserkrankungen zahlreicher und in früheren Lebensaltern als in den unbemittelten Kreisen. Die Reihenfolge der Häufigkeit des Krebses ist folgende: Magenkrebs, Gebärmutterkrebs, Leberkrebs, Darmkrebs, Speiseröhrenkrebs usw. Verf. bespricht an der Hand dieser Ergebnisse das Für und Wider der verschiedenen Krebstheorien und teilt vorläufig der erblichen Belastung die wichtigste ätiologische Rolle zu. **K. Schultze** (Bonn).

---

3) **W. A. Freund.** Zur Naturgeschichte der Krebskrankheit nach klinischen Erfahrungen.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 1.)

Verf. gibt zunächst eine Definition der Krebskrankheit und erörtert die Frage über die zunehmende Häufigkeit der Krebserkrankung, die nach den bisherigen widersprechenden statistischen Veröffent-

lichungen in keiner Weise geklärt sei. Was die Ätiologie des Karzinoms anbelangt, so hat Verf. nach seinen klinischen Erfahrungen die Überzeugung gewonnen, »daß der Senilismus in der weitesten Bedeutung des Wortes das erste ätiologische Moment zur Krebskrankheit abgibt; der Senilismus, welcher rechtzeitig oder vorzeitig generalisiert oder auf Haut, Schleimhäute, Drüsen lokalisiert, spontan und normal oder krankhaft an den eben genannten Partien des Organismus auftritt«.

Auch das klinische Bild der Krankheit ergibt bei aufmerksamer Beobachtung, daß man den Krebs als das Endstadium eines langen, oft durch ein Menschenalter und noch länger dauernden Prozesses ansehen muß. Eine chronische fortschreitende Affektion nimmt, wenn somatische und psychische Schädigungen hinzutreten, einen akuten bösartigen Verlauf. Histologisch ist die Pathogenese des Karzinoms folgende: Die durch Senilismus verursachten Verhornungen und sonstigen Gewebsveränderungen der äußersten Epithelschichten der Haut und der Schleimhäute bewirken eine Art Stauung der von den unteren Schichten stets neugebildeten Epithelien. Es ist dies ursprünglich eine durchaus harmlose Veränderung, die, ohne erhebliche Symptome zu machen, zeitlebens bestehen, aber unter besonderen Umständen verhängnisvoll werden kann. Werden nämlich die Epithelien durch irgendeinen, keineswegs speziellen Reiz zur vermehrten Wucherung angeregt, so ermöglicht die durch Senilismus geschwächte Resistenz des Bindegewebes diesen wuchernden Epithelien das Vordringen in die Tiefe und das Einbrechen in die Blut- und Lymphbahnen. Verf. hält einen spezifischen Krebserreger zur Eklärung der Krebsentstehung für keineswegs erforderlich und erhofft von zielbewußten experimentellen (H. Stilling) und biochemischen (R. Rössle) Untersuchungen am ehesten die Entdeckung des Karzinoms.

K. Schultze (Bonn).

---

4) **R. Morison.** Indications for operation.

(Lancet 1905. Juni 17.)

Die Indikationen für einen operativen Eingriff sind in den weitaus meisten Fällen: 1) Verhinderung der Sepsis; 2) Stillung von Blutungen; 3) Entfernung eines Krankheitsherdes. An der Hand von typischen Fällen aus seiner Praxis bespricht Verf. diese Indikationen: Schädelverletzungen, Appendicitis, Ileus, Nieren- und Gallensteine, Hals-, Nasen- und Ohraffektionen, die zu Sepsis führen können, sollen so früh als möglich und unter allen Umständen operiert werden, und sollten auch an die Stelle der vielleicht zurzeit wenig Beschwerden machenden Affektion momentane gefährliche Operationen treten müssen. Um Blutungen sicher zu stillen, ist es nötig, den genauen Ort der Blutung zu sehen und an diesem die Blutung zu beherrschen, besonders rezidivierende Blutungen sind, um die größten Gefahren abzuwenden, kühn operativ anzugreifen; dieses gilt auch von rezidivierenden Magenblutungen und geplatzter Extra-uterin-Schwangerschaft.

Was Bauchwunden angeht, so zeigen die jüngsten Erfahrungen, daß Schußwunden auf dem Schlachtfeld am zweckmäßigsten in Ruhe gelassen werden — diese Forderung auf zivile Praxis zu übertragen, ist verderblich; jeden abdominellen Schußkanal untersucht Verf. in seinem Verlauf sobald als möglich. Bei stumpfen Verletzungen des Bauches ist Allgemeinbefinden, Puls usw. genau zu beobachten, damit ein Eingriff nicht zu spät kommt. Ist der Bauch gespannt und geschwollen, so ist ein Radikaleingriff an den Eingeweiden auf Grund der intestinalen Parese zu vermeiden, eine Enterostomie ist hier die größte mögliche Operation. Bei tuberkulösen Affektionen, besonders der Halsdrüsentuberkulose, ist so früh wie möglich einzuschreiten. Eine Ausnahme im möglichst frühzeitigen Operieren bilden im allgemeinen die tuberkulösen Gelenkerkrankungen bei Individuen unter 35 Jahren, wennschon auch hier — mit alleiniger Ausnahme des Handgelenkes — ein aktiveres Vorgehen am Platze wäre. Bei Krebs ist der früheste Termin zur Operation der beste. Eine Probelaparotomie ist bei nur vorhandener Möglichkeit eines Darmkrebses nicht zu scheuen. Ist Krebs inoperabel, so ist die Hintanhaltung und Beseitigung von Infektion des Krebsherdes von wohltätigem und besserndem Einfluß.

Die Arbeit ist lesenswert durch die Fülle der niedergelegten Erfahrungen des bekannten Autors. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

5) **G. Marion.** Chirurgie du système nerveux: crane et encéphale — rachis et moelle — nerfs.

Paris, G. Steinheil, 1905.

Das vorliegende Werk ist ein Teil des von Berger und Hartmann herausgegebenen Sammelwerkes: Traité de médicine operatoire et de thérapeutique chirurgicale und enthält die Chirurgie des Gehirns, Rückenmarkes, der peripheren Nerven und des Sympathicus. Weil die persönliche Erfahrung des einzelnen Chirurgen in der Gehirnchirurgie im Vergleiche zu anderen Gebieten verhältnismäßig nur gering ist, so zieht Verf. neben seinen eigenen Beobachtungen auch die gesamte andere Literatur heran, vor allem das Werk von Chipault: l'Etat actuel de la chirurgie nerveuse. Trotzdem gibt er ein klares, übersichtliches und abgerundetes Bild der einzelnen Erkrankungen, soweit dieselben für die Chirurgie in Betracht kommen. Er wägt die Indikationen und vor allem die Kontraindikationen sorgfältig gegeneinander ab, so daß das Ganze dennoch einen durchaus persönlichen Charakter trägt. Das was wir bisher operativ auf diesem Gebiete der Chirurgie positiv erreichten, ist ohne jede Schönfärberei oder Überschwänglichkeit geschildert. Im einzelnen ist der Stoff so eingeteilt, daß zunächst die topographische Anatomie, alsdann die Technik der einzelnen Operationen beschrieben wird, zum Schluß die einzelnen Verletzungen und Erkrankungen, die für die chirurgischen Erkrankungen in Betracht kommen.

Am ausführlichsten sind die Krankheiten des Gehirns beschrieben, während zum Schluß hin, besonders bei den Verletzungen des Rückenmarkes, vom Verf. etwas summarisch vorgegangen ist.

Das Lesen des Werkes wird durch die in den Text eingefügten zahlreichen Abbildungen wesentlich erleichtert.

Von dem einfachsten Meißel bis zu den kompliziertesten Elektromotoren zur Eröffnung des Schädels sind Abbildungen so gut und leicht verständlich, daß eine Beschreibung im Texte fast überflüssig wird.

Die Lage des Gehirns zur Schädelkapsel, die Schnittführung zur Freilegung der einzelnen Gehirnteile, sowie der peripheren Nervenbahnen im Kapitel über Nervenchirurgie sind so übersichtlich in Bildern dargestellt, daß sich das Werk besonders zur schnellen Orientierung vor einer Operation eignet. **Coste** (Straßburg i. E.).

---

6) **E. Schmidt.** Studie über die Skoliose.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 1.)

Verf. glaubt in dieser Arbeit den Beweis erbracht zu haben, daß es sich bei der Skoliose um einen Umbildungsprozeß handelt, der ganz gesetzmäßig aus inneren Gründen sich entwickeln muß (Jul. Wolff). Prädisponierende Momente kommen nur für den Grad der Skoliosierung oder als Ursache der seitlichen Verbiegung einer Wirbelsäule, nicht aber für die Skoliose an sich in Betracht. Die wesentlichen Ergebnisse sind folgende:

1) Auf der Höhe einer seitlichen Wirbelsäulenverkrümmung liegt der obere und untere Scheitelwirbel. Die Scheitelhöhe liegt in der Intervertebralscheibe zwischen beiden Wirbeln.

2) Die innige Bandverbindung führt zu einer Ausgleichsbestrebung ihrer entgegengesetzten Richtungstendenz, die als Richtungsdivergenz und Höhendifferenz unterschieden werden kann. Der obere Scheitelwirbel führt dabei eine Torsionsbewegung aus.

3) Eine zweite Torsionsbewegung entsteht bei zunehmender Skoliosierung durch die winklige Knickung von Wirbelkörper und -bogen.

4) Bei den beiden Torsionsbewegungen dient die konkavseitige Gelenkverbindung als Hypomochlion.

5) Die Ausgleichbestrebung der beiden Scheitelwirbel tritt in gleicher Weise bei vertikal und bei horizontal gestellter Wirbelsäule ein. **Hartmann** (Kassel).

---

7) **E. v. Graff.** Zur Therapie der operativen Verletzungen des Ductus thoracicus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

Im Anschluß an den Operationsbericht eines hierhergehörigen Falles aus der v. Eiselsberg'schen Klinik, in welchem die sofortige Unterbindung des bei der Exstirpation von linksseitigen Lymphomata tbc. colli verletzten Ductus thoracicus von sofortigem und dauerndem

Erfolge begleitet war, gibt G. eine kritische Übersicht sämtlicher 27 in der Literatur niedergelegten Fälle von Verletzungen des Ductus thoracicus, die sich über einen Zeitraum von 29 Jahren erstrecken und bis auf einen im Verlauf von Operationen zustande gekommen waren.

Er kommt zu dem Schluß, daß die bei oder nach Operationen am Halse (und zwar stets nur auf der linken Seite) auftretende Chylorrhöe immer durch eine Verletzung des Ductus thoracicus bedingt ist, der beim Menschen einen durchaus unregelmäßigen Verlauf hat und sehr häufig vor seiner Einmündung in die Vena anonyma in viele Äste geteilt ist.

Die Chylorrhöe bedingt eine meist vorübergehende schwere Ernährungsstörung, die indessen durch Hinzutreten anderer Schädlichkeiten (Blutverluste, Narkose) auch zum Tode führen kann (2 Fälle unter 27).

Der einzige von sofortigem Erfolge begleitete Eingriff bei Chylorrhöe besteht in der Unterbindung des Ductus thoracicus bezw. Naht seiner Verletzung, welche entweder sofort oder, falls unmöglich, sekundär auszuführen ist.

Die Unterbindung des Ductus thoracicus am Halse ist mit keinerlei schädlichen Folgen für den Gesamtorganismus verbunden.

Die Behandlung der Chylorrhöe durch Tamponade kommt erst in zweiter Linie in Betracht, wenn die Unterbindung aus operationstechnischen oder anderen Gründen nicht ausgeführt werden kann.

Hübener (Dresden).

---

8) **P. Mignardot.** Trachéotomie et tuberculose.

Inaug.-Diss., Paris, 1904.

Die Arbeit gibt die Ansichten Landouzy's über diese Frage wieder und gelangt zum Schluß, daß Traumen der Luftröhre und namentlich die Tracheotomie eine gewisse Prädisposition für Tuberkulose schaffen. Der Grund dürfte in den Verengerungen zu suchen sein, welche durch die Operation in der Lichtung der Luftröhre bewirkt werden, namentlich durch die Narbe der Operationswunde. Verfolgt man Kinder, welche Tracheotomie überstanden haben, in ihrem späteren Lebenslaufe, so sieht man, daß ein großer Teil derselben tuberkulös erkranken, und es ist also empfehlenswert, derartige Pat. im Auge zu behalten und sie unter möglichst hygienischen Bedingungen aufwachsen zu lassen, auch anderweitig prophylaktisch dem Ausbruche der Lungenschwindsucht entgegenzuarbeiten. **E. Toff** (Braila).

---

9) **Fischer.** Zur Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 21.)

Die Resultate der operativen Behandlung des Kehlkopfkrebses haben sich in den letzten Jahren bedeutend gebessert, nachdem man gelernt hat, die für die einzelnen Fälle geeigneten Eingriffe richtig zu

wählen. Bei frühzeitiger Diagnose, bei beschränktem Umfang und einem derartigen Sitz der Geschwulst, daß von vornherein die Möglichkeit gegeben ist, alles Krankhafte zu exstirpieren und ins Gesunde vorzudringen, tritt die endolaryngeale Operationsmethode als ein absolut ungefährliches Verfahren in ihr Recht. Es ist dabei erforderlich, daß die Kranken nach der Operation lange Zeit und in nicht zu großen Intervallen kontrolliert werden.

Die schonendste der äußeren Operationsmethoden ist die Eröffnung des Kehlkopfes in der Mittellinie mit nachfolgender Ausräumung alles Krankhaften. Die Tamponkanüle wird dabei am zweckmäßigsten unmittelbar nach der Operation entfernt, überhaupt keine andere Kanüle eingeführt und die Tamponade der Kehlkopfhöhle bei der Nachbehandlung fortgelassen (Semon). Ergibt sich bei der Eröffnung, daß die Neubildung sich nicht mehr auf das eigentliche Kehlkopfinnere beschränkt, sondern schon auf das knorpelige Gerüst des Kehlkopfes übergegriffen hat, so muß die partielle Resektion gemacht oder die ganze Hälfte des Kehlkopfes entfernt, bei ausgedehnter Erkrankung die Totalexstirpation vorgenommen werden. Die ausgezeichneten Erfolge, welche Gluck zu verzeichnen hat, verdankt er vor allem den von ihm eingeführten Verbesserungen der Technik, die hauptsächlich darin bestehen, daß das distale Ende der resezierten Luftröhre knopflochförmig in die Haut eingenäht und eine grundsätzliche Trennung von Luftröhrenstumpf und Speiseröhre resp. Rachen durch eine Hautplastik angestrebt wird. Man kann im allgemeinen auf die Prothese eines künstlichen Kehlkopfes verzichten, da die meisten Pat. es lernen, sich durch Flüsterstimme verständlich zu machen. Immerhin bleibt die Totalexstirpation eine Mitleid erregende Verstümmelung.

Langemak (Erfurt).

---

10) **E. v. Navratil.** Über die Indikationen und Methoden der Operation des Kehlkopfkrebses.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIV. Hft. 3.)

N. bespricht die einzelnen Methoden zur Entfernung eines Kehlkopfkrebses. Vor der partiellen wie vor der totalen Exstirpation des Kehlkopfes macht er die präventive Tracheotomia inferior, und zwar wenn möglich in zwei Sitzungen. Begonnen wird mit einem Längsschnitt, der gute Übersicht über das Kehlkopfinnere bietet und die Entscheidung ermöglicht, ob man sich mit einer Resektion begnügen kann oder die totale Exstirpation ausführen muß. An die Stelle des exstirpierten Kehlkopfanteiles wird ein gestielter Hautlappen eingesetzt, wenn die Verhältnisse es erlauben. Wird kein Lappen eingesetzt, so werden auch keine Nähte angelegt, sondern offen behandelt und mit Jodoformgaze tamponiert. Die Ernährung wird in den ersten Tagen durch eine Schlundröhre vorgenommen. Die Luftröhre wird zur Vermeidung von Schlundpneumonien an die Hautwunde genäht oder an der Durchschnittsstelle oberhalb der Kanüle durch Naht verschlossen.

Was die verschiedenen Methoden betrifft, so wurde die endolaryn-

geale Operation nur in den seltenen Fällen angewendet, wo der Krebs als inneres Karzinom in Gestalt kleinster Knötchen auftrat. Die Entfernung einzelner Teile des Kehlkopfes ohne Narkose und präliminare Tracheotomie ward dann ausgeführt, wenn sich der Krebs bei der Probeexzision als nicht verhornter Plattenepithelkrebs erwies, wenn er weder Fixation noch Metastasen erzeugt hatte und der zu exstirpierende Teil kleiner war als ein Drittel des Kehlkopfes. Auch diese Fälle waren selten. Tritt diese Karzinomform oder das Basalzellenkarzinom als innerer Krebs auf, hat sie noch keine Metastase erzeugt, muß aber mehr als die Hälfte des Kehlkopfes entfernt werden, so wird die eben genannte Operation in Narkose gemacht und die präventive Tracheotomie voraufgeschickt. Die Totalexstirpation ist indiziert im Anfangsstadium des verhornten Epithelioms und des medullaren Karzinoms und beim ausgebreiteten Plattenepithelkarzinom ohne Metastasen. Eine Kontraindikation für diese Totalentfernung des Kehlkopfes ist hohes Alter und ein ausgedehnter auf die Speiseröhre übergreifender äußerer Krebs, der sich mikroskopisch als verhornter Epithelialkrebs oder als Medullarkarzinom darstellt. Auch wenn keine metastatischen Drüsen vorhanden sind, hat hier der Eingriff keinen Nutzen mehr. Tritt bei diesen Fällen Dyspnoe ein, so soll man einen tiefen Luftröhrenschnitt anlegen.

Siegel (Frankfurt a. M.).

---

11) **C. Pfeiffer.** Die Darstellung der Trachea im Röntgenbilde, besonders bei Struma.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 716.)

An dem Materiale der v. Bruns'schen Klinik gelang es Verf., die schon vorher bekannte, aber noch nicht weiter beachtete Möglichkeit, die Luftröhre in guten Röntgenbildern sichtbar zu machen, für die Diagnose der Luftröhrenveränderungen bei Struma zu verwerten. Selbst bei sehr massigen Strumen läßt sich, wie die beigegebenen vorzüglichen Abbildungen beweisen, die Luftröhre in ihrer ganzen Länge im Röntgenbild erkennen. Alle Lage- und Formveränderungen kommen in vollendeter Weise zur Darstellung. Art, Sitz, Ausdehnung und Grad der Einengung, Verbiegung oder Verlagerung lassen sich in einer für den Pat. nicht belästigenden Weise, im Gegensatz zu den tracheoskopischen Methoden, sichtbar machen und fixieren. Von besonderem Wert ist die Methode für tiefliegende retrosternale und intrathoracale Kröpfe.

Zwei selten schöne und instruktive Präparate retrosternaler Strumen werden abgebildet.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

12) **Fischer.** Zur Diagnose der Kavernen bei Lungentuberkulose.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. III. Hft. 5.)

F. behandelt diese ja auch den Chirurgen stark interessierende Frage in umfassender Weise und in klarer knapper Darstellung. Er teilt die Kavernensymptome ihrer Wertigkeit nach in vier Gruppen ein:

Erste Gruppe: Alle Erscheinungen des metallischen und amphorischen Widerhalls bei der Auskultation inkl. amphorischen Atmen, Gerhardt'scher, unterbrochener Wintrich'scher und einfacher perkutorischer Schallwechsel.

Zweite Gruppe: Rasselgeräusche bestimmter Lokalisation und Phaseneinstellung, unterbrochenes Bronchialatmen, metallische und amphorische Erscheinungen der Perkussion und der Stimmauskultation, Wintrich'scher Schallwechsel.

Dritte Gruppe: Klingende Rasselgeräusche, Distanzgeräusche, kontinuierliches Bronchialatmen, Bronchophonie, Geräusch des gesprungenen Topfes.

Vierte Gruppe: Verstärkter Stimmfremitus, tympanitischer Schall.

Gegen die regelmäßige Untersuchung hat Verf. zwei Einwände, einmal die Beschaffung und Handhabung des Apparates und zweitens den psychischen Eindruck einer Demonstratio ad oculos auf manche Kranke.

Ich sollte doch meinen, daß diese Punkte wenigstens für die Fälle, in denen man durch die Untersuchung eine Unterstützung für die Therapie erwarten darf, nicht von Belang sind.

W. v. Brunn (Rostock).

---

13) **C. de Géry** et **G. Froin.** Physiologie pathologique de l'hématome pleural.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 1.)

Die Frage nach der Gerinnbarkeit bezw. Gerinnung in den Pleuraraum ergossenen Blutes ist noch nicht endgültig beantwortet; während manche Autoren der Pleura eine die Gerinnung hindernde Fähigkeit zuschreiben, sind von anderen, z. B. nach Berstung von Aneurysmen, Blutgerinnsel im Brustfellraum gefunden worden. Verff. glauben, daß durch die Atembewegung das gleiche zustande kommt, als wenn man Blutgerinnsel im Glase schüttelt; die roten Blutkörperchen werden nicht mehr festgehalten in den Fibrinmaschen und durchsetzen die ganze Flüssigkeitssäule; die Gerinnsel selbst werden zerkleinert. So kommt es auch, daß man bei Punktion des Extravasats in verschiedener Höhe ungleichen Gehalt an roten Blutkörperchen findet.

Die Blutkörperchen selbst unterliegen einer vierfachen Art der Aufsaugung bezw. Auflösung; der Mikro- und Makrophagie, von denen die erste eine untergeordnete Rolle spielt, auch vielleicht auf falsche Deutung der Vorgänge hin hervorgehoben wurde; der Globulolyse; der Hämoglobinolyse, welche, obgleich von anderen bestritten, durch den Gehalt des Exsudats an Gallenfarbstoff bewiesen wird, und die Antiglobulolyse, welche unter gleichzeitigem Auftreten von eosinophilen Zellen als Mechanismus zur Verlangsamung des Zerfalles roter Blutkörperchen zustande kommt.

Die Resorption kann völlig fieberlos und auch mit Temperaturanstieg und erneuter Transsudation stattfinden unter Bildung von

Fibringerinnseln; die Untersuchung auf Mikroben bleibt dabei ergebnislos. Um bei größeren Blutergüssen dem entzündlichen Stadium, welches pleuritische Adhäsionen zur Folge haben würde, auszuweichen, empfiehlt es sich, zwischen 12.—15. Tage zu aspirieren.

Christel (Metz).

---

14) **Edington.** Thickening of the ribs in chronic empyema.

(Glasgow med. journ. 1905. Mai.)

E. beschreibt eine auffallende, durch Knochenneubildung entstehende Verdickung der Rippen bei vier Fällen von chronischem Empyem. Es handelte sich stets um die innere, nach dem Pleuraraume hin gewandte Oberfläche der Rippen. Auf dem Querschnitte hat die Rippe die Form eines Keiles mit der Spitze nach dem Pleuraraume hin; der neugebildete Knochen ist sehr dicht, hat nur wenig Spongiosa. Abbildung einer Anzahl von Querschnitten derartiger Rippen in verschiedenen Stadien der Ausbildung dieser Knochenneubildung.

W. v. Brunn (Rostock).

---

15) **M. Katzenstein.** Die Unterbindung der Aorta, ihre physiologische und ihre therapeutische Bedeutung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

Während frühere Chirurgen die Unterbindung der Aorta für eine unerlaubte Operation ansahen wegen der mit ihr verbundenen irreparablen Blutabsperrung von der unteren Körperhälfte, hatte Sonnenburg durch einen experimentellen Versuch nachgewiesen, daß ein Kollateralkreislauf sich binnen kurzem herstellen kann, und die Gefahr der Gangrän gering sei. K. hat diesen Versuch nachgeprüft und kam zu dem Resultat, daß dieses Versuchsergebnis nicht richtig ist, und daß wahrscheinlich eine vollständige Unterbindung der Aorta nicht ausgeführt wurde. Ein Tier konnte Verf. längere Zeit nach dem Eingriff am Leben erhalten und konstatieren, daß allmählich der enorm herabgesunkene Druck in der Femoralis wieder stieg, und zwar am meisten im Laufe des ersten Tages nach der Unterbindung. Die ursprüngliche Höhe des Druckes war nach 13 Wochen erreicht. Das Verschwinden des Pulses in der Femoralis auf längere Zeit spricht dafür, daß die Bahnen, auf denen sich der Kollaterallauf herstellt, Arterien kleinsten Kalibers und Kapillaren sind. Durch Injektion gelang es auch, anatomisch diese Bahnen am Versuchstier nachzuweisen. Die allerfeinsten Endarterien eines Gefäßgebietes erschienen dabei in Verbindung mit eben solchen eines anderen. Es spricht nichts dafür, daß diese Verbindungen allesamt vorgebildet sind. Jedenfalls müssen diese kleinsten Gefäße sehr ausdehnungsfähig sein. Die Erhöhung der Herztätigkeit ist die eigentliche Ursache der Entstehung des Kollateralkreislaufes; sie wird gemessen an der Erhöhung des allgemeinen Blutdruckes, und es gelingt stets nach einigen Tagen, wenn alle regulatorischen und blutdruckerniedrigenden Momente, wie sie größere Eingriffe mit sich bringen, weggefallen sind, die Erhöhung des

Blutdruckes um $^1/_3$ des Eigendruckes nachzuweisen. Die dadurch bedingte Mehrbelastung des Herzens bewirkt zunächst eine Dehnung des Herzens und eine Hypertrophie des linken Ventrikels.

Eine weitere Erforschung schien die Frage zu bedürfen, ob die Lähmungen der unteren Extremitäten und der Blase nach Aortenunterbindung durch eine infolge der Anämie des Rückenmarkes bedingte zentrale oder durch eine periphere Schädigung von Muskeln oder Nerven veranlaßt wird. K. kommt für den Hund, an dem er die Aorta oberhalb der Bifurkation unterband, zu dem Schluß, daß die Lähmungen peripherer Natur sind, weil eine anatomische Schädigung des Rückenmarkes nicht nachweisbar war und die Lähmungen vorübergingen; ferner weil die elektrische Leitungsfähigkeit der Muskeln vorübergehend stark beeinträchtigt war bei gleichzeitiger anatomischer Schädigung, und weil die Blase in den ersten Tagen so schwere Zirkulationsstörungen zeigte, daß sie mehrmals perforierte.

Aus der Zusammenstellung der in der Literatur veröffentlichten Fälle von Unterbindung der Aorta ergibt sich, daß alle derartig behandelten Pat. zugrunde gingen; und zwar ist der Tod mindestens durch den Eingriff beschleunigt, in mehreren Fällen aber durch ihn veranlaßt worden. Auch wird nach Ansicht des Verf. die Unterbindung der Bauchaorta zur Heilung eines peripher gelegenen Aneurysma keine Aussicht auf Erfolg haben, weil das letztere stets reichliche Anastomosen mit dem Blutkreislauf aufweist, die rasch einen Kollateralkreislauf herbeiführen würden, so daß nur bei technischer Ausführbarkeit die Exstirpation des Aneurysma einmal einen Erfolg bringen könnte.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

16) **I. Jianu** (Bukarest). Beiträge zur experimentellen Chirurgie der Bauchaorta.

(Spitalul 1905. Nr. 10.)

Verf. hat in weiterer Verfolgung der Experimente Balacescu's über Gefäßnaht Untersuchungen über Naht der durchschnittenen Bauchaorta beim Hunde angestellt und gefunden, daß ein Überleben unter den betreffenden Umständen möglich ist, obwohl oft infolge von Schädigung der Intima Thrombosen und Embolien, die zum Tode führen, vorkommen können.

Die Anordnung seiner Versuche war die, daß nach vorgenommener Laparotomie ein 5—6 cm langes Stück der Aorta abdominalis zwischen zwei Catgutfäden abgeschnürt wurde, der betreffende, nun blutleere Abschnitt durch einen Längsschnitt auf 3—4 cm eröffnet und letzterer dann durch fortlaufende Naht wieder geschlossen wurde. Hierzu wurden mit sterilisiertem Vaselin imprägnierte Fäden benutzt. Da auch durch die vorübergehende Abschnürung des Gefäßes Verletzungen der Intima möglich sind, welche später zu Blutgerinnungen Veranlassung geben können, hat J. eine eigene Abklemmungspinzette angegeben, mit welcher der angeschnittene Teil vom übrigen Gefäßrohre abgeschnürt, die Naht angelegt und hierauf die Zirkulation wieder

hergestellt werden kann. Die Zangenarme können mit Kautschuk umgeben werden, wodurch die Zusammenpressung des Gefäßes auf ein Minimum reduziert wird.

In praktischer Beziehung ist aus diesen Experimenten der Schluß zu ziehen, daß die Verletzung der Bauchaorta oder einer anderen großen Schlagader im Laufe einer Operation durch Naht wieder geschlossen und einer vollständigen Heilung zugeführt werden kann.

E. Toff (Braila).

Kleinere Mitteilungen.

17) **Köhler und Herxheimer.** Zur Röntgentherapie des Karzinoms.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Verff. behandelten eine Frau von 50 Jahren mit großem exulzeriertem Mammakarzinomrezidiv mit Röntgenstrahlen. Es wurden 18 intensive Bestrahlungen von je 10—15 Minuten Dauer mit 3—4tägiger Unterbrechung in der Weise vorgenommen, daß jedesmal nur 5markstückgroße Stellen den Strahlen ausgesetzt wurden. Der Erfolg war eklatant und die ganze ulzerierte Partie nach bereits 4 Monaten vollkommen überhäutet. Inzwischen war bei der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen noch eine Darmbeinmetastase erkannt worden, eine zweite in der Lunge.

Bei der Sektion — Pat. ging an allgemeiner Kachexie zugrunde — ergab sich folgender mikroskopische Befund an den bestrahlten Partien: Viele oberflächliche Stellen zeigten keine Karzinomzellnester mehr, dagegen Gebilde, die offenbar aus solchen entstanden waren und Übergänge der verschiedensten Degenerationsformen bis zur vollständigen Nekrose darboten. Im Vordergrunde stand eine Vakuolisierung des Protoplasmas mit Bildung hyaliner Kugeln — vogelaugenähnliche Gebilde nach v. Leyden. Entzündliche Erscheinungen waren nur in geringem Grade vorhanden. Die Tiefenwirkung war nur eine geringe ($^1/_2$ cm).

Verff. empfehlen, bei Brustkrebs stets eine Durchleuchtung des Brustkorbes vorzunehmen, um intrathorakale Metastasen zu erkennen, welche gegebenenfalls einen operativen Eingriff kontraindizieren dürften. Ferner könnten die Röntgenstrahlen vielleicht auch bei anderen Gelegenheiten, wo die Epidermis keine Neigung zeigt, zu proliferieren, als Reizmittel Verwendung finden.

Ihre Ansicht über die Röntgentherapie der Geschwülste fassen die Autoren dahin zusammen, »daß sie nur bei flachen, oberflächlichen, am besten bei exulzerierten Geschwülsten ohne Drüsenmetastasen mit Erfolg anzuwenden ist, bei Cancroiden und Ulcus rodens zuweilen mit idealem Resultate«.

Gaugele (Zwickau).

18) **Pusey.** The therapeutic use of X-rays, three years after.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. Mai 3.)

P. war einer der ersten, welche die Röntgenstrahlen als therapeutisches Mittel anwandten. Er gibt hier in kurzen Mitteilungen ausschließlich seine eigenen Erfahrungen, namentlich über die Dauer erzielter Heilungen. Technische Angaben sind nicht gemacht, ebensowenig ist die Literatur berücksichtigt.

Bei den meisten Hautkrankheiten hat Verf. in Übereinstimmung mit den meisten Dermatologen gute Erfolge erzielt. Hypertrichosis damit zu behandeln, widerrät er. Bei Sycosis, Acne, Acne rosacea, Hyperhidrosis manuum, veralteten Ekzemen und Pruritus hat er durchschnittlich sehr gute, dauernde Erfolge erzielt und in verhältnismäßig kurzer Zeit. Lupus erythematodes ist noch nicht ganz sicher, einige Male folgten Rezidive, im ganzen ist auch diese Krankheit erfolgreich behandelt. Pigmentierte und behaarte Muttermäler in größter Ausdehnung sah P. verschwinden, ohne daß Dermatitis entstand; auch bei Keloid erzielte er gute Erfolge, die Narben wurden nach der Bestrahlung schmal, weiß und ver-

schieblich. Bei Lupus vulgaris hat er sehr gute Erfolge gehabt; er stellt die Röntgenbehandlung über die Finsenbehandlung, weil sie gestattet, größere Flächen in Arbeit zu nehmen, die Schleimhaut und auch tiefer liegende Knoten mit beeinflußt. Bei tuberkulösen Drüsen am Halse hat P. in einigen verzweifelten Fällen mit vielen Abszessen guten Erfolg gesehen, in anderen versagte aus unbekannten Gründen das Verfahren gänzlich. Tuberkulöse Gelenke wurden vielleicht beeinflußt, ebenso tuberkulöse Peritonitis. Bei einem tiefen, geöffneten, sekundär infizierten, kalten Abszeß (Ausgangspunkt nicht genannt) über der Symphyse, der gegen jede andere Behandlung unempfänglich war, erzielte er vollen Erfolg. Blastomykose der Haut in sechs Fällen wurde unterschiedslos geheilt, es kam außer der Bestrahlung noch Jodkali zur Anwendung, ebenso bei einem ebenfalls günstig verlaufenen Falle von Aktinomykose (Diagnose nicht mikroskopisch! Ref.). Hautkarzinome, sofern sie oberflächlich sitzen, vor allen Dingen das Ulcus rodens, sind mit Röntgenstrahlen leicht und dauernd zu heilen. Besonders die ungünstig für Operation gelegenen und inoperabeln derartigen Geschwülste sind das dankbarste Feld für therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen. Bei tiefer greifenden, namentlich ins Innere der Augenhöhle eingedrungenen derartigen Karzinomen sah Verf. nur Teilerfolge, immerhin große Erleichterung und längere Erhaltung des schwer bedrohten Auges. Die Lippenkrebse lassen sich zum Verschwinden bringen, jedoch ist die Dauerheilung unsicher; Operation, wenn möglich, vorzuziehen. Die Vorläufer von Haut- und Zungenkrebs, senile Keratose und Leukoplakie, hat Verf. erfolgreich behandelt, Leukoplakie reagiert aber nicht immer auf die Bestrahlung. Metastatische Karzinome am Halse sind nicht mit Sicherheit zu heilen. Gemischte Parotisgeschwülste sind teilweise oder ganz nach der Bestrahlung geschwunden, aber noch in Behandlung. Rezidivierte Karzinome der Brust hat P. in großer Zahl behandelt, darunter, wie nicht anders zu erwarten, bei dem verzweifelten Zustande, in dem ihm die Pat. überwiesen wurden, eine ganze Reihe Mißerfolge gehabt. Andererseits hat er aber viele Fälle zu verzeichnen, in denen die Kranken von der lokalen Erkrankung befreit wurden, das Leben ohne Beschwerden noch Monate bis über 2 Jahre genießen konnten, ehe sie an inneren Metastasen zugrunde gingen. Verschiedene Beispiele derart sind angeführt. Bei einigen hält die Heilung seit fast 3 Jahren stand. Primäre Mammakarzinome rät er nur wenn absolut inoperabel zu bestrahlen. Auch dann hat man noch manchmal überraschenden Erfolg. Bei Speiseröhren- und Gebärmutterkrebs erzielte er vorübergehende Erfolge, bei letzteren wurde große Erleichterung durch Aufhören des Vaginalausflusses in allen Fällen erzielt. Sarkom wird in ähnlicher Weise wie Karzinom beeinflußt. Prophylaktische Bestrahlung der Narbe nach Entfernung bösartiger Geschwülste hat P. umfangreich ausgeübt; er hält gute Wirkung, Verzögerung oder Unterdrückung lokaler Rezidive durch sie für sicher, ohne ein endgültiges Urteil darüber abzugeben. Daß durch die Bestrahlung der Entstehung von Metastasen, etwa durch Losreißen von Geschwulstpartikeln, die in die Blutbahn gelangen, Vorschub geleistet wird, hat er nie beobachtet. Über Leukämiebehandlung gibt er das gleiche Urteil ab wie auch alle deutschen Beobachter: Besserung, aber keine Heilung. Interessant ist, daß P. schon vor längerer Zeit Kropf mit Röntgenstrahlen behandelt hat; er berichtet über eine Heilung, die mehr als 18 Monate zurückliegt.

Im ganzen muß man die Mitteilungen als wichtigen Beitrag zur Röntgentherapie begrüßen, da die Beobachtungen augenscheinlich an großem Material und von demselben Beobachter gemacht sind. Wenn 3 Jahre auch noch eine recht kurze Zeit sind, so läßt sich doch aus den fast solange währenden Heilungen der Schluß ziehen, daß mindestens ein Teil davon noch länger bestehen bleiben wird.

Trapp (Bückeburg).

19) **B. Lönnqvist.** Über die Behandlung von Lupus mit Röntgenstrahlen.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLVI. p. 239.)

Zuerst gibt Verf. eine gedrängte Übersicht über die im Augenblicke konkurrierenden Hauptmethoden der Behandlung, die nach Röntgen und diejenige nach

Finsen; dann folgen Krankengeschichten, und zuletzt gibt Verf. wertvolle therapeutische Winke in der Epikrise. In acht Fällen der Helsingforser Klinik ist völlige Heilung erzielt worden, in zwei war die Krankheit fast vollständig beseitigt, und in zwei wurde eine bedeutende Besserung konstatiert. Komplikationen mit Dermatitiden entstanden in drei Fällen, die jedoch unter Pinselungen mit Thiolum liquidum bald heilten; in vier Fällen traten phlyktänuläre Conjunctivitiden auf; sie heilten nach Unterbrechung der Bestrahlung in 3—4 Wochen. Pyrogallussalbe, Jodjodkaliumpinselungen, Galvanopunktur und andere Adjuvantia sind bei der Behandlung absichtlich vermieden, um die Wirkung der Strahlen soweit als möglich isoliert beobachten zu können.

Es scheint die Behandlung mit Röntgenstrahlen sich immer weiter auszubreiten, daneben aber die Finsen'sche Methode — und zwar mit Recht — einen noch größeren Umfang zu gewinnen. Die Röntgenstrahlen stehen bei ihrer weit häufigeren Anwendung besonders in diagnostischer Beziehung leichter zur Disposition, auch sind sie weniger kostbar als die Finsenbehandlung.

Hansson (Cimbrishamn).

20) M. Einhorn. Beobachtungen über Radium.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 1.)

Verf. schildert kurz Methodik und diagnostischen Wert der Radiumdurchleuchtung innerer Oorgane und bespricht neun Fälle von Speiseröhrenkrebs, von denen sechs durch methodische Durchleuchtungen (0,25 Curie's Radium wird in einer Hartgummiolive, die mit einer Sonde verbunden ist, in die Speiseröhre eingeführt) günstig beeinflußt wurden, indem die Strikturen wieder durchgängiger wurden. Bei frühzeitiger Behandlung hält Verf. Heilung nicht für ausgeschlossen.

K. Schultze (Bonn).

21) Bryant. Epidural abscess.

(Post-graduate 1905. p. 591.)

Ein in einer Eisengießerei beschäftigter Arbeiter erkrankte im Anschluß an Influenza an einer akuten Mittelohrentzündung mit profuser Eiterung; während der Warzenfortsatz unverändert blieb, wurde in kurzer Zeit der Schädelknochen dahinter in der Ausdehnung eines Silberdollarstückes total zerstört. Durch Operation wurde ein epiduraler Abszeß an dieser Stelle freigelegt, die Wunde bis auf eine kleine Drainageöffnung genäht, und binnen 2 Wochen völlige Heilung mit gutem Hörvermögen erzielt. **W. v. Brunn** (Rostock).

22) M. Simmonds. Über Angioma racemosum und serpentinum des Gehirnes.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXX. p. 280.)

Mitteilung über zwei arterielle Angiome des Gehirnes, die sich dadurch voneinander unterscheiden, daß im ersten Falle die Neubildung sich auf einen ganzen Arterienbaum erstreckte, im zweiten auf den Stamm der Arterie beschränkt blieb. Für letztere empfiehlt Verf. die Bezeichnung: Angioma arteriale serpentinum. Erstere faßt er als Angioma racemosum auf. Nach einer kurzen Literaturübersicht — es werden fünf Fälle von Angioma racemosum zusammengestellt, während sich über das Angioma arteriale serpentinum keine Notizen in der Literatur vorfanden — wird zunächst kurz das klinische und anatomische Verhalten des Angioma recemosum geschildert. Es fand sich bei einer 45jährigen Frau, die seit ihrer Kindheit an Krämpfen gelitten hatte. Seit 20 Jahren hatten diese erheblich zugenommen. Bei ihrer Aufnahme klagte sie über heftige Kopfschmerzen, die Sprache war lallend, der linke Facialis paretisch; sie erlag einem schweren epileptischen Anfalle. Die Autopsie zeigte am rechten Hinterhauptlappen eine Verdickung der Pia, die besetzt war mit enorm geschlängelten, stark erweiterten, vielfach von Ampullen unterbrochenen Gefäßen. Der Prozeß setzte sich auch in das Innere des Hinterhauptlappens fort; man traf hier auf dem Durchschnitte zahlreiche Quer- und Längsschnitte ektatischer Gefäße, zwischen denen stellenweise kaum noch etwas

Hirnsubstanz erkennbar war. Die Gefäße der übrigen Hirnoberfläche und der Basis waren normal. Die histologische Untersuchung — im Original nachzulesen — weist nach, daß die starke Ektasie und Schlängelung der Gefäße nicht als Effekt einer Gefäßwanderkrankung anzusehen ist, sondern auf einer Neubildung von Gefäßelementen beruht. Aus dem Bestehen der epileptischen Krämpfe seit früher Kindheit wird eine kongenitale Bildung des Angioms angenommen.

Das Angioma arteriale serpentinum fand sich bei einem 53jährigen Manne, der mit 30 Jahren eine Apoplexie erlitten und eine Parese der rechten Körperhälfte zurückbehalten hatte. Am Tage vor seinem Tode klagte er über Schwindel, wurde plötzlich bewußtlos und starb unter den Zeichen einer Apoplexie. Bei der Autopsie fand sich in der Gegend der rechten Zentralwindung ein kindsfaustgroßer, mit frischem Blut und Gerinnseln erfüllter Herd, der in den rechten Seitenventrikel durchgebrochen war und die angrenzende Hirnsubstanz des Stirn-, Scheitel- und Schläfenlappens in großer Ausdehnung zerstört hatte. Mit diesem Herde direkt in Verbindung stand ein etwa haselnußgroßer, dünnwandiger, geplatzter Sack, der einem dicht unter der Pia gelegenen, größeren Gefäß anhaftete. Das Gefäß war etwa federspuldick, geschlängelt und zeigte in seinem Verlaufe noch mehrere kleinere Ausbuchtungen. Dann folgte ein walnußgroßes Paket stark geschlängelter, ektatischer, mit bohnengroßen und etwas kleineren Säcken versehener Gefäße, deren Wandung verdickt, an einigen Stellen aber auch verdünnt erschien. Aus diesem schlangenförmigen Gewirr führte endlich ein größeres Gefäß wieder heraus. Der weitere Verlauf des Gefäßes bot ebensowenig Besonderes dar, wie die anderen Arterien der Hirnoberfläche und Basis. Auf Grund der histologischen Befunde, die im Original einzusehen sind, handelte es sich auch hier nicht um einfache Verlängerung und Erweiterung des Gefäßes, sondern um eine wirkliche Neubildung, ein Angiom. Ob auch letzteres als kongenital aufzufassen ist, wird vom Verf. nicht mit Sicherheit entschieden; doch läßt die lange Zeit, die zwischen dem Auftreten der ersten und letzten Apoplexie — 20 Jahre — verstrichen ist, den Schluß zu, daß auch vor dem ersten Schlaganfalle die offenbar langsam wachsende Geschwulst schon viele Jahre, also schon von Jugend an, bestanden habe. Epileptische Anfälle haben bei dieser Geschwulst im Gegensatze zum Angioma racemosum, bei dem sie bisher stets beobachtet sind, gefehlt. **Doering** (Göttingen).

23) R. Alessandri. Tubercolo solitario della regione rolandica.

(Policlinico. Ser. chir. 1905. Nr. 6.)

Neben Knietuberkulose bestehen Anfälle Jackson'scher Epilepsie, welche mit Aura in den ersten drei Fingern der rechten Hand begannen und nacheinander Streckkontraktur dieser Finger, Beugung des Vorderarmes, manchmal auch noch des Facialis und des Beines und dann zugleich Bewußtseinsverlust zeigen. Keine Lähmung. Sie bestehen seit 6 Monaten bei einem Pat. von 31 Jahren.

Die linken Zentralwindungen wurden freigelegt. Es fand sich auf die Ausdehnung eines 10-Centesimostückes ein haselnußgroßer Tuberkel, nicht mit der Dura verwachsen, leicht ausschälbar, neben der Mittellinie, also nicht an der normalen Stelle des Armzentrums, sondern der der Unterextremität.

Es folgte eine Lähmung des rechten Armes und Parese des Beines, motorische Aphasie für 16 Tage und Worttaubheit leichten Grades.

Ein letzter Anfall trat nach $^1/_4$ Jahr auf, seitdem nicht mehr; die Lähmungen verschwanden allmählich. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

24) Lewis. Hyperplasia of the chromophile cells of the hypophysis as the cause of acromegaly, with report of a case.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1905. Mai.)

Der eingehend beschriebene Fall betrifft einen 46jährigen deutschen Arbeiter, der an einer Hirnhämorrhagie plötzlich starb. Bei der Sektion fand sich als Grundlage für die bestehende geringgradige Akromegalie zwar makroskopisch an der Hypophysis nichts Besonderes, mikroskopisch aber eine Hyperplasie, ganz be-

sonders der chromophilen Zellen. Der Befund bildet also eine Stütze der Theorie, wonach die Akromegalie auf exzessiver Funktion der drüsigen Elemente des vorderen Lappens der Hypophysis beruht.

Zwei Röntgenogramme von Hand und Fuß, ferner eine Abbildung vom Querschnitte des Gehirns und ein Mikrophotogramm sind beigegeben.

W. v. Brunn (Rostock).

25) **Hansell.** Pulsating exophthalmos; successive ligation of both common carotid arteries; death.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. Februar 18.)

26) **Posey.** Intermittent exophthalmos with report of a case.

(Ibid.)

Bei H.'s Pat. war am Tage nach einem die Gegend zwischen rechtem innerem Augenwinkel und Nasenrücken treffenden heftigen Schlag ein Geräusch in der linken Kopfseite aufgetreten, das sich mit der Zeit verstärkte. 2 Wochen später trat der Exophthalmus auf. Bei der Aufnahme fand sich nach außen unten vorspringender, pulsierender linker Augapfel, eine stark geschlängelte Vene im Oberlide, stark injizierte Sklera bei gesundem innerem Auge. Die Bewegungen waren beschränkt, der leicht reponible Bulbus fiel sofort in die alte Lage. Das Geräusch konnte leicht mit dem Stethoskop von jedem Teile des Schädels aus wahrgenommen werden. Während der Ligatur der Arterie wurde im Augenhintergrunde das Zusammenfallen und Verschwinden der Retinalarterien beobachtet. Da schon bald nach der ersten Operation Rückfall mit Verschlechterung — Retinalblutungen, starkes Geräusch und Exophthalmus — eintrat, wurde 6 Wochen nach der Unterbindung der linken auch die rechte Carotis ligiert. Am 2. Tage setzte allmählich zunehmende Bewußtlosigkeit ein, der halbseitige Lähmung und Krämpfe folgten, denen sie 4 Tage nach der Operation erlag.

Wahrscheinlich lag ein arterio-venöses Aneurysma im Sinus cavernosus vor. Den Mißerfolg schreibt Verf. mangelhafter Blutgerinnung, den Tod der schon 6 Wochen nach der ersten vorgenommenen zweiten Carotisunterbindung zu; der Kollateralkreislauf hatte keine Zeit, sich so bald ausreichend herzustellen.

Schon seit dem 4. Lebensjahre waren bei dem 21jährigen Pat. P.'s leichte Schwellung des linken Auges, die sich bei Vorwärtsneigen vergrößerte, bemerkt worden. Willkürlich konnte Pat. durch Atemanhalten den Augapfel vordrängen. Bei längerem Bücken oder stärkerer allgemeiner Muskelanstrengung schwoll auch die Umgebung des Auges, Ober- und Unterlid und die Venen dieser Gegend an, während bei ruhigem Sitzen kein Unterschied zwischen beiden Augen bemerklich war. Bei Nachlassen des Druckes sank das Auge schnell zurück und ließ sich noch weiter in die Augenhöhle hineindrücken als das andere. Die Richtung des Vordrängens war gerade, der Augenhöhlenachse entsprechend. Im Augenhintergrunde zeigen sich außer der Stauung während des Vorgetriebenseins des Augapfels keine Abweichungen. In der Gegend der Thyreoidea und in der linken Nasenhälfte ebenfalls währenddessen Zeichen von Stauungshyperämie. Durchleuchten des Gesichtes vom Mund aus während der Protrusio bulbi läßt die linke Seite dunkler erscheinen als die rechte, die aber auch erheblich dunkler wird als vorher. Ohne die Stauung sind beide Seiten gleich und normal.

Wahrscheinlich handelt es sich um variköse Zustände innerhalb beider Augenhöhlen und im Gebiete der Nasenvenen, links stärker ausgesprochen. Von operativer Behandlung wurde abgesehen. Verf. schlägt vor, unter Umständen zunächst Elektropunktur zu versuchen, bei stärkerer Ausbildung Exstirpation mit Zuhilfenahme der Krönlein'schen Orbitalfreilegung.

Trapp (Bückeburg).

27) **R. Chernbach.** Riesiges Angiom der linken Ohrmuschel. Ligatur der linken Art. carotis communis. Heilung.

(Spitalul 1905. Nr. 9.)

Das betreffende Angiom war über die ganze linke Ohrmuschel ausgebreitet, die eine dreifache Größe als normal erlangt hatte. Da die zeitweilig auftretenden

profusen Blutungen die Pat. sehr schwächten, unterband O. die Carotis in der Höhe des Zungenbeines. Die Unterbindung blieb ohne jegliche unangenehme Nebenerscheinung, die Ohrmuschel kam fast auf normale Größe.

E. Toff (Braila).

28) **Edmunds.** A note of rhinitis caseosa.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 28.)

Ein Fall, in dem aus der Nasenhöhle ein käsiger, freiliegender Pfropf entfernt wurde, von gelblicher Farbe, fäkulentem Geruch, ohne nachweisbare Fettbeimengung, mit geringen Mengen Cholesterin, beträchtlichem Aschenrückstand von Kalziumphosphat. Mikroskopisch bestand die Hauptmasse aus Kristallnadeln von Kalziumphosphat, eingebettet in einer Detritusmasse, in der man weder Epithelien noch sonst organische Bestandteile nachweisen konnte. Bei Besprechung der Ätiologie schließt E. gemäß der Untersuchung und dem klinischen Verlaufe die Tuberkulose aus, ebenso das Cholesteatom wegen der Abwesenheit von Epithelien; unwahrscheinlich erscheint ihm ferner die Erklärung als eingedickter Eiter, weil nie Eiterfluß bestanden hatte. Er stellt den Fall vermutungsweise in Analogie mit denen, wo man einen chronischen Katarrh in der Gallenblase mit Bildung von Kalziumphosphat und Cholesterin findet. **W. Weber** (Dresden).

29) **Böger.** Ein Fall von Malum suboccipitale rheumaticum.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 2.)

Verf. beschreibt einen Fall einer rheumatischen Polyarthritis, der im späteren Verlaufe mit Schmerzen und Infiltration des Nackens kompliziert war. Kopf und Wirbel, speziell die Dornfortsätz, sind nicht druckempfindlich. Die aktiven Bewegungen des Kopfes um die vertikale Achse sind aufgehoben, passiv sind sie in ganz geringem Umfange möglich. Rückwärtsstreckung, seitliche Neigung des Kopfes gegen die Schulter sind ebenfalls beschränkt, während die Annäherung des Kinnes an die Brust erleichtert erscheint. Die Untersuchung durch den Mund zeigt den zweiten gegen den ersten Halswirbel zurückgewichen. Das Röntgenbild bestätigt dieses und ergibt zugleich eine Abweichung des Zahnfortsatzes nach links. Die Bewegungsstörungen entsprechen demnach den veränderten mechanischen Verhältnissen; besonders die vom Atlas um den Zahnfortsatz ausgeführten Drehbewegungen sind verloren gegangen.

Nach einer mehrwöchigen Extensionsbehandlung bei rückgebeugtem Kopf und nach dem Tragen eines Stützapparates (Halskrawatte) verschwanden die Schmerzen.

Verf. ist geneigt, dieses Krankheitsbild als eine rheumatische Erkrankung der Gelenke zwischen Hinterhaupt, erstem und zweitem Halswirbel anzunehmen, die zu einer Lockerung des Bandapparates mit einer Subluxation des Atlas nach vorn geführt hat. **Hartmann** (Kassel).

30) **Beduschi** e **Jordini.** Contributo all' anatomia patologica della spondilosi rizomelica ed all' etiologia delle cavità midollari.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 2.)

Verff. publizieren einen längere Zeit beobachteten Fall von Bechterew'scher Erkrankung, welcher zur Autopsie kam. Es fanden sich ausgedehnte Verknöcherungen der Ligg. flava und interspinosa, der Kapseln der Gelenke der hinteren Bögen und der Rippenquerfortsatzgelenke. Das Lig. longitudinale anticum ist normal, die Zwischenwirbelscheiben unverändert. In den Hüftgelenken chronische Arthritis, Knorpelschwund. Ausgedehnte hämorrhagische Herde mit Höhlenbildung im Mark.

Verff. glauben sich zu folgenden Schlüssen berechtigt: Eine Ankylose der Wirbelsäule kann von einer Starre der dem Rumpfe benachbarten Gelenke begleitet sein, so daß das klinische Bild einer Spondylosis rhizomelica entsteht, ohne daß eine Ankylose der Gelenke selbst besteht; vielmehr beruht die Steifheit der-

selben, abgesehen von arthritischen Prozessen, auf Muskelkontraktur, welche die Schmerzen bei Bewegungen vermeidet. Das Syndrom »Spondylosis rhizomelica« ist der Ausdruck einer chronischen Arthritis, die mit Veränderungen des Rückenmarkes zusammentreffen kann. Diese sind jedoch späteren Charakters. Die Höhlenbildungen infolge von Blutungen im Rückenmarke gehen aus von symmetrischem Schwunde der grauen Vorderhörner und liegen daher symmetrisch.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

31) **Renton.** Cases of laminectomy.

(Glasgow med. journ. 1905. Juli.)

Zwei durch Laminektomie geheilte Fälle von Wirbeltuberkulose; der eine betraf einen 8jährigen Knaben, der andere einen Erwachsenen. In beiden Fällen hatte totale Paraplegie der unteren Extremitäten bestanden. Beide sind imstande, wenn auch mit Stützkorsett, umherzugehen. **W. v. Brunn** (Rostock).

32) **F. Meyerowitz.** Über Skoliose bei Halsrippen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 46.)

Die Arbeit bringt fünf neue Beobachtungen von Skoliose bei gleichzeitigem Befunde von Halsrippen im Röntgenbilde aus der Garrè'schen Klinik und berichtet kurz über zwei weitere von Ranzi veröffentlichte Fälle. Daß ein Zusammenhang dieser von Garrè zuerst beschriebenen Art der Skoliose mit den gleichzeitig vorhandenen Halsrippen besteht, hält Verf. für sicher. Mit Garrè nimmt er an, daß es wahrscheinlich mechanische Momente sind, die bei größeren und auch bei kleineren Halsrippen die Skoliose verursachen. Gegen die von Helbing aufgestellte Reflextheorie verhält er sich ablehnend.

M. v. Brunn (Tübingen).

33) **Försterling.** Beitrag zur Ranulafrage.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 3.)

Verf. glaubt an Hand der in der Literatur publizierten Fälle von Halscysten nachweisen zu können, daß die aus dem Tractus thyreoglossus stammenden Cysten doch nicht so zu den größten Seltenheiten gehören, wie dies v. Hippel annimmt. Er selbst vermehrt die Zahl derartiger Fälle um einen neuen bei einem ½jährigen Kinde, bei welchem sich die Geschwulst nach Inzision der Schleimhaut vom Mund aus leicht ausschälen ließ.

Nach der mikroskopischen Untersuchung handelt es sich um zwei ineinander liegende Cysten von verschiedener Beschaffenheit, um eine Flimmerepithelcyste und, in deren Wandung eingebettet, um eine Plattenepithelcyste. Die erstere stammte nach Lage und Befund aus dem Tractus thyreoglossus resp. seinen Ausläufern, den Bochdalek'schen Schläuchen. Die Plattenepithelcyste, die nach Aussehen und Inhalt den Eindruck eines Dermoids machte, hält F. für eine Bildung des Ektoderms. Allerdings bleibt es dabei auffällig, daß sich in so unmittelbarer Nachbarschaft zwei so verschiedene Bildungen vollzogen haben, die auf ganz verschiedenen Stufen der Entwicklung stehen geblieben sind.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

34) **Butlin.** Removal of the contents of the anterior triangle of the neck in cases of malignant disease of the tongue.

(Brit. med. journ. 1905. Februar 11.)

Die Erfahrungen, daß auch den kleinsten Epitheliomen der Zunge nach der Exstirpation bald große Lymphdrüsenmetastasen folgen können, wie B. an einem sehr lehrreichen Falle seiner Tätigkeit nachweist, zwangen ihn zur grundsätzlichen Ausräumung von Fett, Fascie und allen Drüsen des vorderen Halsdreieckes in jedem Falle von bösartiger Erkrankung der Zunge. Greift die Zungengeschwulst oder das Geschwür über die Mitte der Zunge hinaus, so werden beide vordere Halsdreiecke ausgeräumt. Alle Drüsengruppen dieser Gegend — die submentalen, sub-

maxillaren, parotidealen, carotidealen mit Einschluß jener oft erkrankten Einzeldrüse an der Teilungsstelle von Carotis interna und externa — erreicht man gut und übersichtlich mit einem Längsschnitt in ganzer Ausdehnung des vorderen Sternocleidorandes, auf dessen Mitte ein senkrechter Schnitt zum Kinne geführt wird. Die beiden so entstehenden dreieckigen Lappen — nur aus Haut bestehend — werden zurückpräpariert, und nun vom untersten Winkel beginnend, Fascie, Fett und Drüsen, wenn möglich im Zusammenhange, so gründlich entfernt, daß die Muskeln, großen Gefäße, Nerven und Speicheldrüsen ohne Bedeckung frei zutage liegen. In 7 Jahren hat Verf. 28 solche Operationen ausgeführt mit vier Todesfällen. Von 14 Fällen erhielt er später Nachrichten: vier von ihnen waren an Drüsenmetastasen ohne lokales Rezidiv zugrunde gegangen, zehn befanden sich seit 3 und mehr Jahren nach der Operation wohl. **W. Weber** (Dresden).

35) **P. Mendes.** A propos des anévrysmes carotidiens.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 4.)

Mitteilung zweier neuerdings operierter Fälle von Aneurysmen der Carotis, ohne Narkose, mit Exstirpation des Sackes ohne ernstere Komplikation außer etwas Myosis auf dem gleichseitigen Auge, und mit prompter Heilung. Man wendet gegen die Exstirpation des Aneurysmasackes mancherlei ein — zuerst die technischen Schwierigkeiten, dann die mehrfachen recht ernsten Folgen, die der Unterbindung der Carotis selbst zur Last fallen; in fast $^1/_4$ der Fälle stellen sich solche ein: Kollaps, Hemiplegie, Kopfweh, Lähmungserscheinungen im Vagusgebiet; in $^1/_4$ derselben führen sie zum Tode. Man wird deshalb vorsichtig in der Indikationsstellung sein müssen und Leute von über 60 Jahren ausschließen.

Besonderen Wert legt M. auf die vorausgehende Unterbindung des zentralen Endes, wodurch die Gefahr der Blutung während der Ablösung des Sackes vermieden wird, von dem mitunter fest mit wichtigen Organen verwachsene Teile ganz im Zusammenhange mit diesen belassen und zurückbleiben müssen.

Christel (Metz).

36) **C. Beck.** Über die Kombination von Exzisions- und Röntgentherapie bei Morbus Basedowi.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 20.)

Da eine fehlerhafte chemische Aktivität der Schilddrüse als Ursache der Basedowerscheinungen von den meisten Forschern angenommen wird, ist die operative Therapie häufig angewandt worden; die schweren Zustände, welche aber in $^3/_4$ aller Fälle nach der Operation beobachtet wurden, ließen es wünschenswert erscheinen, das an sich erfolgreiche Verfahren zu verbessern. B. hat deshalb bei zwei mit halbseitiger Exzision behandelten, gebesserten, aber nicht geheilten Fällen 13 und 18 Monate nach der Operation Röntgentherapie angewandt und eine günstige Beeinflussung der Nervosität und Tachykardie konstatieren können. In einem dritten genauer beschriebenen Falle wurde die Röntgenbestrahlung sofort nach vollendeter Wundheilung begonnen. Schon nach zwei Sitzungen von 5 und 10 Minuten Dauer ging der Puls von 198 auf 120 herunter. Nach einigen weiteren Sitzungen mußte wegen Dermatitis ausgesetzt werden. Der Puls ging auf 80 Schläge herunter, der Exophthalmus schwand fast völlig, und das Allgemeinbefinden wurde vortrefflich. Nach ca. 5monatiger Behandlung, während welcher jede Woche eine 5 Minuten lange Bestrahlung vorgenommen wurde, war von der zurückgebliebenen Schilddrüsenhälfte nichts mehr zu entdecken.

Verf. will durch Mitteilung dieses Falles zu weiteren Nachprüfungen anregen.

Langemak (Erfurt).

37) **Roepke.** Das Tuberkulin in der Behandlung der Kehlkopftuberkulose.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV. Hft. 1.)

R. spricht zunächst über verschiedene Methoden der Therapie der Kehlkopftuberkulose und über das Verhältnis der Kehlkopf- zur Lungentuberkulose.

In einem Fall ausgeprägter Lungen- und schwerer Kehlkopftuberkulose, wo die lokale Therapie nur den Zustand verschlechterte, wurde mit Tuberkulinbehandlung völlige Heilung erzielt, die jetzt, nach 2 Jahren, als eine dauernde zu betrachten sein dürfte. **W. v. Brunn** (Rostock).

38) **Pringle.** Remarks on the treatment of empyema.

(Brit. med. journ. 1905. April 15.)

Das Eigenartige seines Verfahrens bei einfachem, frischem Empyem besteht darin, daß er möglichst bei der Rippenresektion schon, sonst, sobald der Zustand des Kranken es erlaubt, die Verwachsungen zwischen den Pleurablättern mit dem Finger oder Sonden löst, damit die Lunge sich wieder ausdehnen kann. Bei Kindern namentlich gelingt es oft, sie bald wieder zur vollen Entfaltung zu bringen. Frühzeitige Atemübungen sind vorzunehmen. Bei chronischem Empyem mit starker Schwartenbildung reseziert er nicht die ganze Thoraxwand nach Schede, sondern reseziert von der 2.—9. Rippe ein Stück vom Sternalende (Estlander'sche Operation). Genügt dies nicht, um nach einiger Zeit die Pleurablätter zusammen zu bringen, so fügt er entsprechende Ausschnitte auch am Vertebralende hinzu. Jedesmal muß der Kranke längere Zeit auf der kranken Seite liegen. In sehr veralteten Fällen genügt manchmal auch dies nicht. Dann zieht er das zentrale Stück der 2., 7., 8. und 10. Rippe heraus, indem er mit langem Elevatorium das Periost lockert und den Knochen mit der Löwenmaulzange herauszieht. Die verdickte Pleura parietalis wird jedesmal soweit wie möglich abgetragen und die Schwarten von der Lunge abgeschält. **Trapp** (Bückeburg).

39) **A. Neumann.** Zur Behandlung der Herzverletzungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 21.)

Verf. hat sich, nach vergeblichem Versuche, bei einem 53jährigen Stichverletzten die Wunde an der Vorderwand des rechten Ventrikels zu nähen, derart geholfen, daß er eine mit Seide armierte Nadel erst linkerseits durch den Rand der Herzbeutelwunde und durch den Rand der Herzmuskelwunde von außen nach innen einstach und rechterseits die Nadel durch den rechten Rand der Herzmuskelwunde und durch den rechten Rand der Herzbeutelwunde wieder nach außen führte und dann die Fadenenden über einen auf das Perikard von außen aufgelegten Tupfer knüpfte.

Wenn auch in diesem Falle der tödliche Ausgang nicht aufgehalten wurde, so glaubt N. doch, dieses Verfahren in ähnlich verzweifelten Fällen, namentlich wenn es sich um alte Leute mit myokarditisch veränderter Herzwand und um Verletzungen am rechten Ventrikel handelt, empfehlen zu können, weil die Blutung zum Stehen gebracht wurde.

Nach den Erfahrungen im Friedrichshain an Stichverletzungen des Herzbeutels und des Herzens warnt N. vor primärer Naht des Herzbeutels wegen der Gefahr der eitrigen Perikarditis. Die Drainage des Herzbeutels hält er nicht für gefährlich; er sah einen Pat. gesunden, bei welchem er erst 12 Tage nach der Operation das letzte Ende des langen, um das Herz herum gelegten Jodoformstreifens entfernte. Symptome, die für eine Verwachsung der Perikardblätter als pathognomonisch gelten, waren bei dem Pat. nie nachzuweisen; derselbe ist seit 8 Jahren beschwerdefrei. **Langemak** (Erfurt).

---

77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran

24. bis 30. September 1905.

18. Abtheilung: Chirurgie.

Angekündigte Vorträge:

1. *Albers-Schönberg-Hamburg. Ausstellung von Röntgenbildern.*
2. *von Bramann-Halle a. S. Über kongenitale Schulterluxationen.*

3. *Brenner-Linz.* a) *Erfahrungen über die operative Behandlung des Ulcus callosum.*
   b) *Über die Radikaloperation der Leistenhernien.*
4. *Bum-Wien. Über Muskelatrophie nach Gelenkverletzungen und -Erkrankungen.*
5. *Clairmont-Wien. Thema vorbehalten.*
6. *Freiherr von Eiselsberg-Wien. Thema verbehalten.*
7. *Englisch-Wien. Über spontane Zertrümmerung der Harnsteine in der Blase.*
8. *Gottstein-Breslau. Über die Diagnose und Therapie der Fremdkörper in den Bronchien und ihre Entfernung auf bronchoskopischem Wege.*
9. *Graser-Erlangen.* a) *Technisches und Klinisches aus dem Gebiete der Magenoperationen.*
   b) *Zur Behandlung der Frakturen des Unterschenkels.*
   c) *Über die Blähung des Coecums bei tiefem Verschluß des Dickdarmes.*
10. *Guleke-Berlin. Über die Todesursache bei akuten Pankreaserkrankungen.*
11. *Haberer-Wien. Zur Therapie der Sarkome in den langen Röhrenknochen.*
12. *Hackenbruch-Wiesbaden. Über Venenentzündung und Geschwüre an den unteren Extremitäten.*
13. *von Hacker-Graz. Thema vorbehalten.*
14. *Hirsch-Wien. Thema vorbehalten.*
15. *von Hovorka-Wien. Über Spontanamputationen.*
16. *Joachimsthal-Berlin. Über angeborenen partiellen Riesenwuchs an den Extremitäten.*
17. *Joseph-Berlin.* a) *Operative Nasenkorrekturen.*
    b) *Operative Ohrenkorrekturen.*
18. *Kroiss-Innsbruck. Zur Pathologie der Speicheldrüsen.*
19. *Küttner-Marburg i. H. Zur Prognose und Behandlung der Ganglien.*
    b) *Demonstration seltener Achsendrehungen.*
20. *Kuhn-Kassel.* a) *Überdrucktubage und Chirurgie des Thorax. (Demonstration und Operation: Perorale Intubation mit und ohne Überdruck.)*
    b) *Improvisationstechnik in der großen Chirurgie und Krankenpflege. (Mit Demonstrationen.*
    c) *Die Behandlung der Peritonitis.*
21. *Kumpf-Meran.* a) *Pathologie und Therapie des sogenannten Schulterknarrens.*
    b) *Zur Heißluftbehandlung mit Demonstration eines neuen Apparates: »Aërotherm«.*
22. *Lichtenstern und Katz-Wien. Phloridzindiabetes und funktionelle Nierendiagnostik.*
23. *Lieblein-Prag. Thema vorbehalten.*
24. *A. Lorenz-Wien. Indikationen zur Sehnentransplantation.*
25. *Neupauer-Königswart. Ein neues System heilgymnastischer Apparate. (Mit Demonstrationen.)*
26. *Preindlsberger-Sarajevo.* a) *Die Wahl der Operation bei Lithiasis. (Demonstration von Präparaten und Konkrementen.)*
    b) *Thema vorbehalten.*
27. *Ranzi-Wien. Zur Frage der Tragfähigkeit der Bunge'schen Amputationsstümpfe.*
28. *Schloffer-Innsbruck. Thema vorbehalten.*
29. *Suter-Innsbruck. Weitere Erfahrungen über Perubalsam bei der Wundbehandlung.*
30. *Wölfler-Prag. Thema vorbehalten.*
31. *O. Zuckerkandl-Wien.* a) *Demonstrationen: Operation der Nierentuberkulose.*
    b) *Prostatektomie.*
    c) *Fall von Karzinom der Blase. Ausstellung von Präparaten und mikroskopischen Bildern.*

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 34. Sonnabend, den 26. August. **1905.**

(Aus der chirurgischen Abteilung des allgemeinen städtischen Krankenhauses in Nürnberg. Oberarzt: Hofrat Dr. Göschel.)

Beitrag zur Wanderlappenplastik.

Von

Dr. **Wilhelm Hagen,**
Assistenzarzt.

Die plastischen Operationen zur Heilung größerer Defekte bieten trotz der Bereicherung, die die chirurgische Technik seit langem durch

die verschiedensten Versuche erfahren hat, noch immer eine Quelle reicher Anregung. In erster Linie sind es die Geschwürsbildungen, besonders an den Gelenkgegenden der Extremitäten, die an die Ausdauer von Arzt und Kranken so große Anforderungen stellen, und daher dem Chirurgen nur zu gut als eine crux bekannt sind. Wir hatten im Laufe der letzten Zeit wiederholt Gelegenheit, Defekte an besonders exponierten Stellen zur Heilung zu bringen, bei denen die gewöhnlichen Transplantationsmethoden nach Thiersch oder Krause ungangbar erschienen, und auch aus den benachbarten Teilen zur Bildung eines gestielten Lappens kein Material verfügbar war. In solchen Fällen haben wir bis jetzt zweimal ein Verfahren angewandt, das, einer Anregung meines Chefs, des Herrn Hofrat Dr. Göschel, entsprungen, einen vollständig befriedigenden Erfolg ergeben hat.

1. Fall. Bei dem Pat. hatte sich im Anschluß an eine Luxationsfraktur der Knöchel eine Spitzfußstellung ausgebildet, zu deren Beseitigung ein operativer Eingriff vorgenommen worden war. Die Wunde war nach genügender Reposition tamponiert worden, um eine Verödung des Gelenkes zu erzielen. An dieser Stelle hatte sich mit der Zeit ein Geschwür gebildet, das trotz aller Bemühungen nicht zur Vernarbung zu bringen war. — Autoplastik am 15. Februar 1905: Über dem Malleolus internus des linken Beines befand sich ein mit derben, kallösen Rändern versehener, leicht eingezogener, geschwüriger Hautdefekt von 3,5 cm Breite und 6,5 cm Länge. Einem Vorschlage meines Chefs folgend versuchte ich den Defekt durch einen Wanderlappen aus der Wade desselben Beines zu decken. Zu diesem Zwecke wurde zunächst das Geschwür vollständig, auch in seinen Rändern, angefrischt, wodurch eine Wundfläche von der Größe 5 : 8 cm entstand. Aus der Wade des linkes Beines wurde sodann ein gestielter Lappen in der Weise umschnitten, daß die Basis gut dreiquerfingerbreit oberhalb des oberen Randes des zu deckenden Geschwüres lag, während der Lappen sich gegen die Kniekehle zu erstreckte. Er hatte eine Basis von 8 cm und eine Höhe von 12 cm. Derselbe wurde von der Unterlage bis an die Basis heran vollständig abpräpariert, so daß er aus Haut und Unterhautzellgewebe bestand. An seinem Stiele wurde er sodann um 180° umgeschlagen und der freie obere Rand des Lappens in den oberen Rand des Defektes eingenäht; dabei wurde darauf Rücksicht genommen, daß auch ein Teil der seitlichen Ränder — etwa 2 cm lang — mit der zu deckenden Wunde in Berührung kam; hier wurden ebenfalls einige Nähte gelegt. Der Lappen bildete nun eine brückenartige Schleife; seine Wundfläche lag nach außen gekehrt. Unter der Schleife wurde ein dickes, jedoch nicht spannendes Gazepolster eingelegt, die Wundfläche mit einem durchlöcherten, sterilen Stück Mosetig-Battist bedeckt, um sie vor Austrocknung zu schützen. Der Defekt an der Wade wurde sofort mit Thiersch'schen Läppchen gedeckt. Als Verband wurde eine zweiteilige Gipskompressenschiene gewählt, die den Fuß und das Knie samt Oberschenkel umfaßte und an der Stelle der Plastik durch einen Eisenbügel verbunden war, um hier jeden Druck von seiten des Verbandes zu verhüten. — Am 6. Tag erster Verbandwechsel. Der vollständig ernährte Lappen ist per primam angeheilt. Die Thiersch'schen Läppchen sind durch die ziemlich reichliche Sekretion zum größten Teile weggeschwemmt. — Am 9. Tage wird der Lappen an seinem Stiele von beiden Seiten her eingekerbt und am 14. Tage die Basis vollständig durchtrennt. Es wurde nun das in den oberflächlichsten Schichten nekrotisch gewordene Unterhautzellgewebe mit der Schere abgetragen, bis eine frische, lebhaft blutende Wundfläche erschien. Der Defekt am inneren Knöchel wurde nochmals allseitig angefrischt und der herumgeschlagene Lappen völlig in den Defekt eingenäht. Der Lappen war nur wenig geschrumpft, er paßte eben in seinen Bestimmungsort hinein. Unter den Lappen wurde ein schmaler Gazestreifen eingelegt zur Ablei-

tung event. Sekrete für die ersten Tage. Es hat sich in den ersten Tagen trotzdem ein kleines Hämatom darunter gebildet, das durch einen Kompressionsverband rasch beseitigt wurde. Am 11. März war der Lappen vollständig angeheilt. Nun wurde neuerdings der Defekt an der Wade nach Thiersch gedeckt, was diesmal auch gelang. Bei der Entlassung am 8. April war der Lappen noch etwas dicker als die umgebenden Hautpartien, von denselben durch eine strichförmige, zarte Narbe abgegrenzt. Parästhesien hatte Pat. im Lappen nicht. Das Gefühl für feine Berührung war vollständig aufgehoben, für gröbere Betastung mit dem Finger dagegen erhalten. Das Unterscheidungsvermögen für »spitz und stumpf« war erloschen, auch das Schmerzgefühl ebenso wie der Temperatursinn stark herabgesetzt.

2. Fall. Es handelte sich um die Beseitigung einer im Anschluß an eine inzidierte Phlegmone entstandene Narbenkontraktur. In der rechten Ellenbeuge befand sich eine 8 cm lange, in der Längsrichtung über das Gelenk verlaufende, derbe, straff gespannte, leistenartig vorspringende Narbe, welche mehrere kleine Einrisse zeigte. Der Arm kann im Ellbogengelenk nur bis zu einem Winkel von 160° gestreckt werden, die Beugung ist nicht behindert. Nach vergeblichen Versuchen mit Injektionen von Thiosinamin faßten wir den Entschluß, die Narbe völlig zu exzidieren und den Defekt in ähnlicher Weise wie im Fall 1 zu decken. Es wurde von der Vorderseite desselben Oberarmes ein Lappen gebildet und in der oben beschriebenen Weise zur Einheilung gebracht. Der Erfolg war ein außerordentlich guter. In den ersten Tagen nach völliger Einnähung stellte sich zwar eine ziemlich starke eitrige Absonderung unter dem Lappen ein, doch versiechte dieselbe rasch unter Bäderbehandlung, und nach 10 Tagen war der Lappen vollständig angeheilt. Die Transplantation des Defektes am Oberarm wurde diesmal erst nach völliger Einheilung ausgeführt. Bei der Entlassung war an der Streckung im Ellbogengelenke kein nennenswerter Ausfall mehr vorhanden.

In beiden Fällen war das gewollte Ziel erreicht worden. Im Fall 2 ist der Lappen trotz ziemlich reichlicher Eiterung unter demselben zur Anheilung gekommen. Ein besonderes Schrumpfen braucht man, wie es scheint, nicht zu befürchten nach unseren Erfahrungen. Die Hauptsache wird sein, den Stiel des Lappens im Verhältnis zur Höhe breit genug anzulegen und die Entfernung des Stieles vom Defekte richtig zu bemessen. Mit dem Einschneiden der ernährenden Basis begannen wir beidemal am 9. Tage; am 14. Tage wurde dieselbe völlig durchtrennt. Solange nicht besondere Umstände zwingen, ist es wohl nicht ratsam, früher damit zu beginnen. Die Deckung der Entnahmestelle kann zuweilen vielleicht durch Naht geschehen; wo dies nicht möglich ist, wird man zu einer Aufpflanzung von Thiersch-schen Läppchen schreiten müssen. Hierbei empfiehlt es sich jedoch, dies nicht primär vorzunehmen, da der Erfolg wegen der eintretenden stärkeren Sekretion von seiten des Lappens zu sehr in Frage gestellt wird. Des Interesses wegen sei noch kurz das Verhalten der Sensibilität gestreift. Eine Prüfung derselben ergab, daß das Eindringen von Nervenfasern in den aufgepflanzten Lappen schon sehr früh vor sich geht. Wie aus unseren Fällen ersichtlich, hatte sich schon 5 Wochen nach erfolgter Anheilung das Gefühl z. T. wenigstens hergestellt.

Wir haben das geschilderte Verfahren unabhängig von anderen Autoren ausgeführt. Erst später fand ich bei der Durchsicht der

Literatur, daß v. Hacker[1] genau in derselben Weise bereits im Jahre 1887 vorgegangen ist. Trotzdem glaubte ich an dieser Stelle von neuem auf eine, wie es scheint, bisher wenig geübte Methode aufmerksam machen zu dürfen, die den Vorzug hat, einen verhältnismäßig recht einfachen und leicht ausführbaren Eingriff zu erheischen und an die Willenskraft und Geduld des Kranken keine allzugroßen Anforderungen zu stellen. Wir hatten kurze Zeit vorher einen Fall von varikösem Unterschenkelgeschwür am inneren Knöchel in Behandlung, bei dem alle Versuche einer Deckung nach Thiersch und Krause mißlungen waren. Damals wählten wir einen gestielten Lappen aus der Wade des anderen Beines. Der Pat. mußte dann längere Zeit mit gekreuzten Beinen, die durch einen Gipsverband in entsprechender Stellung fixiert waren, zu Bett liegen. Es ist mir noch in unangenehmer Erinnerung, wie sehr der Pat. unter dieser unnatürlichen Lage gelitten hat, die in der Tat eine wahre Engelsgeduld erfordert. Es liegt auf der Hand, welch wesentliche Vorteile es bietet, wenn man dieselbe Extremität zur Plastik benützen kann. Natürlich ist damit die Ausführbarkeit der Methode auch begrenzt. Unter Umständen ist es wohl auch möglich, wie schon v. Hacker vorgeschlagen hat, den Lappen mit seinem freien Rande zunächst in einen ad hoc gelegten Schnitt einheilen zu lassen und ihn von hier aus in einem zweiten Akt an den eigentlichen Ort seiner Bestimmung zu bringen.

---

1) **Courmont** et **Lesieur.** Staphylocoques pyogènes et ostéomyélite.

(Journ. de physiol. et pathol. générales 1905. Nr. 1.)

Verff. wenden sich gegen die Angabe Henke's, daß der Staphylokokkus pyogenes aureus an sich nicht imstande sei, in die Blutbahn oder ins Knochenmark eingeführt, eine Osteomyelitis zu erzeugen, sondern daß die Osteomyelitis des Wachstumsalters durch einen spezifischen »Bacillus osteomyelitidis« verursacht werde. C. und L. weisen nun einwandsfrei nach, daß absolut reine Kulturen von Staphylokokkus aureus, welche nicht von einer Osteomyelitis stammen, beim Kaninchen typische juxta-epiphysäre osteomyelitische Herde erzeugen können, wenn man Tiere im Wachstumsalter verwendet. **Mohr** (Bielefeld).

---

2) **Hutan.** Les arthrites aiguës des nouveau-nés.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 23.)

Die akuten Gelenkentzündungen der Neugeborenen gehen stets von einer Conjunctivitis oder seltener einer Vulvitis gonorrhoica aus und setzen meist plötzlich mit Schwellung eines Gelenkes ein, ohne daß Allgemeinerscheinungen vorausgegangen wären. Die Entzündung

---

[1] v. Hacker, Ersatz größerer Hautdefekte durch Transplantation frischer Lappen (Fall 2 und 3). v. Langenbeck's Archiv Bd. XXXVII. p. 97ff.

befällt unter Umständen nur ein Gelenk, und dann fast immer das Kniegelenk, seltener das Handgelenk; ist sie polyartikulär, so werden gewöhnlich 2—3 größere Gelenke befallen, auch hier am häufigsten Knie- und Handgelenk. In der Mehrzahl der Fälle sind die Symptome die einer eitrigen Gelenkentzündung event. unter Beteiligung des periartikulären Gewebes. Durch Punktion wird gewöhnlich eitrige oder eitrigseröse Flüssigkeit entleert; manchmal bilden sich auch Abszesse in der Nachbarschaft des erkrankten Gelenkes. Die beim Erwachsenen nicht seltenen Komplikationen des gonorrhoischen Gelenkrheumatismus von seiten des Herzens, der Nieren, der Haut usw. sind bei Neugeborenen bisher nicht beobachtet worden, dagegen wohl die Erscheinungen einer schweren gonorrhoischen Allgemeininfektion. Die Sterblichkeit beträgt 20%; in den meisten Fällen tritt nach 1—4 Wochen völlige Heilung ein.

Mohr (Bielefeld).

---

3) **Binaghi.** Sul potere bactericida del pus e sul suo meccanismo d'azione.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Fasc. 5.)

Die Sterilität älterer geschlossener Abszesse bakteriellen Ursprunges beruht sowohl auf der Wirkung bakterieller Alexine wie auf Autolyse der Bakterien selbst.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

4) **Wright.** The biology of the microorganism of actinomycosis.

(Public. of the Massachussets generals hosp. Vol. I. Nr. 1.)

Die fleißige experimentelle Arbeit, bei welcher die bekannte Literatur (109 Nummern im Literaturverzeichnis) gut benutzt ist, hat folgende von W. zusammengestellte Ergebnisse gezeitigt.

Bei den 13 untersuchten Fällen von menschlicher und 2 von Rinderaktinomykose konnten verzweigte, fadenförmige Organismen isoliert werde. Die Rinder- und Menschenaktinomykose sind identisch, unterscheiden sich nicht mehr als einzelne Stämme von Diphtherie- oder Tuberkelbazillen. Die Erreger wachsen als obligate Anaeroben auf Agar und Bouillon bei Körpertemperatur. In Serum oder Ascitesflüssigkeit bilden sich unter Verschwinden der Fäden den Keulen der Drusen ähnliche Formen. Bei den Versuchstieren bildeten sämtliche eingebrachte Kulturen charakteristische Drusen, die im Bindegewebe oder Eiterherde eingeschlossen waren. Nach seinen Versuchen und den in der Literatur mitgeteilten Erfahrungen wird die typische Aktinomykose nur durch einen Mikroorganismus, Actinomyces bovis, erzeugt. Auch gehört dieser Pilz nicht einer weit verzweigten Sippe fadenbildender Pilze an, sondern bildet ein Genus für sich; die anderen will Verf. unter das Genus Nocardia zusammenfassen. Aktinomyces wächst seiner Ansicht nach nicht außerhalb des Körpers. Die häufig als sein Träger angesprochenen Fremdkörper sind nur als durch ihren Reiz die Einwanderung begünstigendes Moment zu betrachten.

Die Keulenbildung der Drusen ist an das Vorhandensein tierischer Flüssigkeit gebunden. Ob sie Niederschläge oder der Kapsel der Bakterien ähnliche Gebilde sind, ist unentschieden. Ihre Funktion ist wahrscheinlich die eines Schutzorganes gegen die Einwirkung der Zelltätigkeit des Krankheitsträgers. Die in Begleitung des Aktinomycespilzes gefundenen anderen Mikroorganismen begünstigen die Weiterverbreitung der Krankheit. Die sog. »Sporen«, die sich in den Drüsen finden, sind entweder Zerfalls- und Degenerationsprodukte oder Verunreinigungen durch Kokken usw. Während der Pilz im allgemeinen keine hohe Virulenz für Versuchstiere hat, beobachtet man bei spontan entstandener Erkrankung oft schwere, rasch sich ausbreitende Infektion. Diese erklärt W. durch stets erneute Infektion zustande kommend, da er den Aktinomyces für einen regelmäßigen Bewohner des ganzen Intestinaltraktus hält.

Die Kulturtechnik, ebenso wie die mikroskopische und die Versuchsprokolle sind mitgeteilt. 57 auf 10 Tafeln wiedergegebene gute Mikrophotogramme und Kulturabbildungen vervollständigen die im großen und ganzen bekannte Tatsachen bringende Arbeit.

Trapp (Bückeburg).

---

5) **E. Comisso.** Sulle alterazioni dei muscoli in seguito all' accorciamento.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 2.)

Die Verlängerung verkürzter Glieder findet den größten Widerstand in den Weichteilen. Es ist daher von Wichtigkeit zu wissen, ob und in welcher Weise durch die Verkürzung die Elastizität und die Kohäsion der Gewebe Schaden leidet. Studien über das Verhalten pathologischer Gewebe bei Zug sind noch nicht gemacht. Das größte Interesse nehmen die Muskeln in Anspruch. C. hat darüber an Kaninchen experimentiert. Nachdem durch Resektion des Olecranon dem Triceps Gelegenheit gegeben war sich zu verkürzen, wurde nach verschieden langer Zeit zu diesem Zwecke eine Sehne mit Gewichten belastet und das Maß der Verlängerung geprüft.

Die Verlängerung, welche der Muskel bei der geübten Beugung erfuhr, betrug 31% seiner natürlichen Länge. Belastet man ihn, bis er zerreißt, so geschieht dies bei einer Verlängerung um 43% seiner Länge (der Muskel als ganzes, Fleisch und Sehne zusammen). In den Versuchen zerriß nur zweimal das Fleisch, sonst die Sehne. Der vorher verkürzte Muskel verhält sich verschieden vom normalen. In den ersten Tagen nach der Ablösung der Sehne nimmt die Verkürzung noch zu. Die Ursache liegt in Strukturveränderungen, die histologisch nachzuweisen sind, schon in zahlreichen Fasern in den ersten Tagen. Später nimmt sie langsam zu. Die Degeneration bewirkt nicht nur eine Abnahme der Elastizität der Fasern, sondern auch eine Steigerung der ihrer Ausdehnung entgegenwirkenden inneren Widerstände. Die Belastung, unter welcher der Muskel zerreißt, wird von Tag zu Tag kleiner, entsprechend der Muskelatrophie. Der Kohäsionsindex de-

generierter Fasern ist also geringer als der gesunder. Eine Regeneration setzt später ein und führt zu einer teilweisen Erholung der Muskelkraft. Daher soll, ehe man Zug anwendet, längere Zeit nach der Tenotomie verstreichen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

6) **H. Delore** et **R. Duteil.** De l'entrée de l'air dans les veines pendant les opérations chirurgicales.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 3.)

Obgleich das Faktum des Lufteintrittes in die Venen besonders bei Operationen in der gefährlichen Gegend des Halses doch nicht mehr angezweifelt wird, ist doch manches im Mechanismus noch nicht einwandsfrei erklärt, und Verff. werfen gelegentlich eines tödlich verlaufenen Falles von Luftembolie die Frage wieder auf, um vor allem die Theorien zur Erklärung des tödlichen Phänomens zu erörtern.

So interessant es auch ist, die einzelnen Anschauungen über Hirn-, Lungen- und Herztod bei Luftembolie und die Einwände zu studieren, müssen wir uns hier auf die Schilderung der Momente beschränken, welche den Lufteintritt in geöffnete Venen begünstigen, um ihn vermeiden zu lernen.

Diese sind 1) Verwachsung der Venen mit fibrösen Gebilden, die sie klaffend erhalten, Einbettung in Geschwulstmasse, wie sie im kleinen Becken vorkommt, 2) Erweiterung der Venenlichtung, 3) akute und chronische Anämie. Wesentlich für den Effekt ist ferner die Menge und Schnelligkeit der Luftaspiration, da kleine, langsam einströmende Luftblasen wahrscheinlich absorbiert werden.

Die beste Gewähr gegen das Zustandekommen des Lufteintrittes liegt in unserer Operationstechnik; man klemme sichtbare Venenstämme vor der Durchtrennung ab.

Ist einmal die Luft unter hörbaren Schlürfen in die Vene gelangt, so ist in den meisten Fällen das Schicksal der Kranken besiegelt. Läßt sich durch Auskultation deutlich die Anwesenheit von Luft im rechten Vorhof nachweisen, versucht man vielleicht noch den Aderlaß, oder man punktiere im III. Interkostalraum rechts, 1,5 cm nach außen vom Sternalrand mit nach einwärts gerichteter Spitze; der Vorhof ist kaum zu verfehlen, und mit Hilfe eines Aspirationsapparates wird es immer gelingen, etwas Luft einzusaugen. Immer ist dabei Eile not, wenn nicht schon vorher Emboli ihren Weg in die Coronarvenen oder durch die Lunge hindurch ins Arteriensystem finden sollen. Doch kann auch die zurückbleibende Luft als elastisches Polster den gedehnten Vorhofmuskel nach und nach ermüden, und noch im Laufe der nächsten Stunden der Tot eintreten. **Christel** (Metz).

---

7) **W. Loewenthal.** Tierversuche mit Plasmodiophora brassicae und Synchytrium taraxaci nebst Beiträge zur Kenntnis des letzteren.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 1.)

8) **H. Wolff.** Ein Beitrag zur Chemie des Karzinoms. I. Mitteilung.

(Ibid.)

Beides Arbeiten aus der Abteilung für Krebsforschung der v. Leyden'schen Klinik.

L. versuchte bei Tieren Geschwulstbildung zu erzeugen, indem er dieselben mit den bei Pflanzen Geschwülste erzeugenden Protozoen subkutan und intraperitoneal infizierte. Wie nach des Verf.s eigenen Worten kaum anders zu erwarten, waren die Versuche vollständig negativ.

W. untersuchte chemisch den Zellinhalt (Preßsaft) von bösartigen Geschwülsten und fand im Gegensatz zu normalen Organen die Menge des Albumin im Verhältnis zum Globulin vermehrt, während qualitativ kein Unterschied festgestellt werden konnte.

K. Schultze (Bonn).

---

9) **B. Wolownik** (Charkow). Experimentelle Untersuchungen über das Adrenalin.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXX. p. 225.)

Das Auftreten von Glykosurie nach Einverleibung von Nebennierenextrakt ist durch die Experimentaluntersuchungen von Blum, Zuelzer, Metzger u. a. genügend festgestellt. Die Versuche des Verf. bringen nur eine Bestätigung des Bekannten, daß nämlich nach Adrenalininjektionen eine rasche Ausschüttung der Glykogenbestände der Leber zustande kommt, die bereits beim Eintreten der Glykosurie einen erheblichen Grad erreicht hat. In dem Umstande, daß im wesentlichen auch nach Lävulosedarreichung die Adrenalininjektion Dextrosurie bewirkt, sieht W. einen weiteren Beweis für die hepatogene Entstehung der Glykosurie nach Adrenalin. Unterdrücken resp. herabsetzen läßt sich die Glykosurie durch Fieber. Auch hier bestätigt W. die bereits von P. F. Richter gemachte Entdeckung, daß die Temperaturerhöhung hierbei an sich keine Rolle spielt, sondern daß für die Herabsetzung der Glykosurie nur die das Fieber erzeugenden Bakterien, die wahrscheinlich eine Zuckerzersetzung verursachen, verantwortlich zu machen sind. Nach einer experimentell erzeugten Temperaturerhöhung durch Verletzung des Corpus striatum wurde niemals ein Aufhören oder Schwächerwerden der Adrenalinglykosurie beobachtet. Im zweiten Teile der Arbeit wird dann der Einfluß der Adrenalininjektionen auf die Körpertemperatur untersucht. Auch hier bestätigt W. die Angaben Poehl's, daß Adrenalin erhebliche Temperaturerniedrigungen verursacht; nur waren die von ihm

gefundenen Werte — Erniedrigungen von 1,5—2° — nicht so hoch, wie die Werte Poehl's, der bei Kaninchen Temperaturabfälle bis zu 31° beobachtet hatte. Es sind derartige Temperaturherabsetzungen jedoch nur bei normaler und bei durch Verletzung des Corpus striatum experimentell erhöhter Temperatur zu konstatieren; im septischen Fieber — erzeugt durch Streptokokkeninjektion — sind die Temperatursenkungen außerordentlich gering; sie betragen wenige Zehntel Grad.

Doering (Göttingen).

10) L. Vaciori. Dell' azione dell' adrenalina sul parenchima renale.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Fasc. 4.)

Es empfiehlt sich nicht, bei Nierenoperationen Adrenalin als blutsparendes Mittel verwenden zu wollen. Versuche, welche V. bei Kaninchen mit dem Präparate von Parke & Davis anstellte, ergaben, daß es die Veränderungen steigert, welche eine Verwundung des Nierenparenchyms mit sich führt, teils durch direkte Schädigung der Zellen, teils durch Beeinflussung ihrer Ernährung.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

11) B. Lönnqvist. Über Ätherrausch.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLVI. p. 251.)

Verf. redet in der vorliegenden Arbeit der Sudeck'schen Narkotisierungsmethode das Wort, die an der Klinik zu Helsingfors schon eine zeitlang gebraucht wurde, bevor die Publikation Sudeck's erschien. Juillard's Maske wird bevorzugt; für deren Sterilisation übrigens gehörige Sorge getragen werden soll.

Die völlige Gefahrlosigkeit der Methode, besonders der Riedelschen minimalen Chloroformnarkose gegenüber, wird hervorgehoben.

Werden zu große Mengen Äther auf einmal zugegossen, so entsteht leicht Eisbildung an den Flanellstücken; durch die damit erzeugte starke Abkühlung der Inspirationsluft werde postoperative Pneumonie gefördert.

Hansson (Cimbrishamn).

12) S. Diez. Ricerche sulla eliminazione del chloroformio per la mucosa gastrica.

(Giorn. d. accad. di med. di Torino 1905. Nr. 4.)

D. machte 30 Versuche über den Chloroformgehalt der Organe bei Narkotisierten. 16mal fand sich Chloroform im Magensaft; es besteht kein Unterschied zwischen Personen, die erbrechen oder nicht erbrechen. In positiven Fällen findet sich Chloroform nur in den ersten Stunden nach der Narkose und in kleinen Mengen, ist nur mit feinen Reaktionen nachzuweisen, verschwindet stets nach der ersten Magenspülung. Konstant und in größeren Mengen findet es sich nur, wenn das Exzitationsstadium lange dauerte. Alles läßt vermuten, daß es sich mehr um verschlucktes als um von der Mucosa ausgeschiedenes

Chloroform handelt. Jedenfalls können die kleinen Mengen keinen Einfluß auf das Erbrechen haben. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

13) **Beurmann et Tanon.** La stovaïne.

(Journ. de méd. et de chir. prat. 1905. p. 211.)

Die Verff. berichten über ihre Erfahrungen mit Stovain in der Dermatologie. Eine $^1/_2$%ige Lösung, subkutan oder intrakutan eingespritzt, bringt eine fast vollkommene und sofortige Anästhesie der Haut hervor, so daß Kauterisationen, Transplantationen usw. schmerzlos ausgeführt werden können. Kauterisationen können z. B. beim Lupus bis über 1 cm Tiefe ausgedehnt werden. Eine 5%ige Lösung bewirkt auf Schleimhäuten und auf Geschwüren der Haut eine in wenigen Augenblicken eintretende, allerdings wenig in die Tiefe gehende Anästhesie, welche jedoch genügt, ohne Schmerzen Schleimhauterkrankungen und Kondylome zu kauterisieren. **Mohr** (Bielefeld).

---

14) **Freese.** The force of contraction of the gall-bladder and the course of its motor and inhibitory nerve fibers.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1905. Juni.)

Da der Verf. Angaben über die Kontraktionskraft der Gallenblase in der Literatur nicht finden konnte, hat er an einer großen Anzahl von Hunden experimentell Aufschluß zu erhalten versucht.

Er beschreibt im einzelnen die angewandte Versuchsanordnung und illustriert die gewonnenen Resultate an einer Anzahl von Kurven.

Die Ergebnisse sind folgende:

Wird die Gallenblase von ihren motorischen Nerven aus gereizt, so kann sich in ihr ein Druck von wenigstens 220 mm Ringer'scher Lösung von 1,004 spez. Gewicht entwickeln. Der durch Kontraktion der Gallenblase erzeugte maximale Druck überschreitet nicht wesentlich den maximalen Sekretionsdruck der Galle.

Die Muskulatur der Gallenblase ist mit konstriktorischen und dilatatorischen Nervenfasern ausgerüstet, die dem Splanchnicus entstammen.

Die konstriktorischen und dilatatorischen Fasern entspringen aus dem Rückenmark in den Wurzeln des 6. bis 12. Dorsalnerven. Die wesentlichen Anteile der konstriktorischen Nerven entstammen dem 10., 11. und 12. Dorsalnerven. Die dilatatorischen Fasern entspringen etwas höher, in der Hauptsache vom 8. bis zum 12. Dorsalnerven.

W. v. Brunn (Rostock).

---

15) **De Brun.** Sur le diagnostic des abcès du foie.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 16.)

Verf. weist auf einige bisher wenig beachtete Symptome des Leberabszesses hin, welche unter Umständen bei Fehlen oder geringer Deutlichkeit der klassischen Symptome die Diagnose ermöglichen können. Bei subakuten oder chronischen Abszessen tritt eine eigenartige Epi-

thelabstoßung, Austrocknung und Rötung der Zunge ein, wobei gewöhnlich drei rote Streifen, zwei seitliche und ein mittlerer, auf der Zunge auftreten, welche an der Zungenspitze sich vereinigen. Die Veränderung der Zunge kann fast das einzige auf eine Lebereiterung hindeutende Symptom sein, während die sonstigen Erscheinungen so wenig ausgesprochen sind, daß sie der Beobachtung entgehen. Ähnlich können die Verhältnisse liegen bei einer durch den Abszeß verursachten Pleuritis, welche gewöhnlich trocken ist, an der Basis der rechten Lunge ihren Sitz hat und nur geringe auskultatorische Erscheinungen macht; sie ist meist schmerzlos. In einzelnen Fällen können jedoch die pleuritischen Symptome so hervortreten, daß die Lebersymptome ganz verdeckt werden. Als drittes diagnostisch wichtiges Symptom findet man öfters eine Eigentümlichkeit des Fiebers, nämlich bei einem intermittierenden oder remittierenden Fieber einen ungefähr gleich frequent bleibenden, nur wenig beschleunigten Puls.

Mohr (Bielefeld).

---

16) **Fracassini.** Studio istologico e sperimentale intorno al processo di reparazione delle lesioni della vescica.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Fasc. 3.)

F. untersuchte beim Kaninchen die Wundheilung bei verschiedenen chirurgischen Eingriffen an der Blase.

1) Punktion mit Trokar. Feine Stiche heilen so schnell, daß eine Untersuchung unmöglich ist, gute in 8—10 Tage ohne Störung der Blasenfunktion.

2) Blasennaht. a) Bei Naht mit Knopfnähten in zwei Etagen, Muscularis und Serosa: Das Epithel der Schleimhautwundränder vereinigt sich sehr schnell und exakt. b) Bei Lembertnähten kann sehr leicht eine Ungleichheit der Ränder eintreten, Muscularis steht in das Lumen spornartig vor und verfällt in Nekrose durch den Kontakt mit dem Urin, wodurch es zu Harninfiltration kommen kann. c) Durch ungleich tiefes Fassen der Wundränder kann es zu Buchten kommen, welche mehr oder minder tief in die Muscularis reichen. d) Werden die Fäden zu schräg angelegt oder zu stark angezogen, kann es zu Riß der Narbe und hernienartiger Vorwölbung der Mucosa kommen, was jedoch die Kontinenz der Blase nicht stört. Bei Verweilkatheter wird dies nicht vorkommen.

3) Abbinden eines Blasenzipfels vom Peritoneum aus; wenn schwach, wird der Faden in die Wand der Blase eingekapselt. Stärkere Ligatur kann zu Einwandern der Schlinge in die Blase und Steinbildung um sie führen.

4) Kauterisation und Auskratzen der Blase wird sehr gut vertragen. Das Epithel wird völlig regeneriert von der 2. Woche ab.

5) Quetschungen vom Blaseninnern aus, welche nur das Epithel beteiligen, werden in 15 Tagen regeneriert; wird auch die Mucosa nekrotisch, so wird der Substanzverlust durch Bindegewebe in 20 Tagen ausgefüllt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

17) **C. Féré.** La castration contre l'inversion sexuelle.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 3.)

Gegen den Versuch, die unglücklichen pervers Sexuellen durch Kastration heilen zu wollen, erhebt F. seine warnende Stimme an der Hand einer recht bezeichnenden Leidensgeschichte. Es ist wohl auch eine höchst oberflächliche Anschauung über Sitz und Wesen solcher individueller homosexueller Veranlagung, die zu einem Vorschlag, wie dem obigen, geführt haben mag, und man darf dem Verf. nur zustimmen, wenn er in ähnlichem Falle einen Pat., der um Kastration bat, entschieden abriet. **Christel** (Metz).

18) **Farabeuf.** Les vaisseaux sanguines des organes génito-urinaires du périnée et du pelvis. Amplification de la thèse du Dr. Léon Cerf.

Paris, **Masson & Co.,** 1905. 214 S. 33 Fig. 6 fr.

Die Arbeit enthält ausführliche anatomische Untersuchungen über das in der Überschrift angegebene Gefäßgebiet. **Neck** (Chemnitz).

19) **E. G. Orthmann.** Leitfaden für den gynäkologischen Operationskurs mit Berücksichtigung der Operationen an der Lebenden. II. erweiterte Auflage.

Leipzig, **Georg Thieme,** 1905. 163 S. *M* 4.50.

Das Buch ist in erster Linie geschrieben worden, um dem Teilnehmer an gynäkologischen Operationskursen in klarer übersichtlicher Form eine Orientierung über das in diesen Kursen vom Verf. Dargebotene zu geben. Die klare Darstellung in Wort und Bild ermöglicht es, sich rasch und zuverlässig über alle wichtigen gynäkologischen Operationen zu belehren. **Neck** (Chemnitz).

20) **A. Witteck.** Zur operativen Therapie der seitlichen Kniegelenksverkrümmungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 29.)

Eine ausführliche Kritik der Epiphyseolyse als Behandlungsmethode für das Genu valgum führt Verf. zu dem Schluß, daß sie keinerlei Vorteile gegenüber einer Osteotomie am unteren Ende der Diaphyse biete, wohl aber die Gefahr einer Wachstumsstörung in sich berge, die zwar gering, aber immerhin vorhanden sei. Als einzigen tatsächlichen Vorzug der Epiphyseolyse nennt er den kosmetischen Erfolg, die Vermeidung der häßlichen Dislocatio ad axin. Diese Dislokation hat er nun bei der Osteotomie mit Erfolg dadurch zu vermeiden gesucht, daß er die Knochendurchtrennung nicht quer, sondern in einer frontalen Ebene schräg vornahm, so daß es dann möglich war, eine Drehung der Fragmente um eine sagittale Achse auszuführen. Die Operation

wird nicht, wie die Macewen'sche, subkutan gemacht, sondern es wird an der Innenseite des Oberschenkels oberhalb der Kondylen und der Epiphysenlinie zwischen dem Muskelbauche des Vastus internus und der Sehne des Adductor magnus auf den Knochen eingegangen, das Periost längs geschlitzt und abgehoben. Dann wird mit einem breiten Meißel der Knochen vollständig durchtrennt. Die Nachbehandlung erfolgt im Extensionsverbande. Das Verfahren ist nicht allein am Femur, sondern in analoger Weise auch an der Tibia anwendbar.

M. v. Brunn (Tübingen.)

---

21) **E. Quénu** et **P. Duval.** Traitement opératoire des ruptures sus-rotuliennes du quadriceps.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 2.)

Obgleich die Verletzung viel Ähnlichkeit mit dem Kniescheibenbruch selbst darbietet, auch in der Mehrzahl der Fälle das Gelenk in Mitleidenschaft zieht, bestehen doch eine Reihe von Abweichungen, die eine genauere Beschreibung der Verhältnisse, der einzuschlagenden Behandlung und ihrer Technik vollkommen rechtfertigen. Die Verletzung ist nicht allzuhäufig, und die Zahl genähter Fälle beläuft sich auf etwa 22. Die Heilung der Querrisse des Streckapparates, die in der vorantiseptischen Zeit etwa 8 Monate Zeit brauchte und zu meist recht traurigen Resultaten führte, ist durch die Naht zu einer fast gesicherten geworden; die erste stammt — wie bei den Kniescheibenbrüchen auch — von Lister her. Die Naturheilung war deshalb meist schlecht, weil sowohl eine recht weite Diastase der Muskelwundränder, vor allem jedoch die Einrollung ihrer obersten Lage eintrat, die einen häufigen Befund bei den Operationen darstellt. Heute muß die Naht als das Normalverfahren gelten und soll womöglich am 3., 4. Tage ausgeführt werden, vor allem behufs gründlicher Desinfektion der Kniehaut. Verff. öffnen durch Querschnitt, entfernen die Gerinnsel, glätten die Muskel- und Bandränder, ohne jede Berührung mit antiseptischen Flüssigkeiten, legen durch Bandapparat und Kniescheibe einen seitlich zusammengedrehten Silberdraht, und nähen die Weichteile mit Zwirn. Dann wird ein Gipsverband angelegt. Vom 21. Tage ab beginnt die Nachbehandlung im Gehen.

Christel (Metz).

---

22) **I. Michniewicz.** Topographie des Unterschenkels mit klinischen Bemerkungen.

Inaug.-Diss., Dorpat, 1903. (Russisch.)

Mittels Paraffin oder Wasser wurden folgende Räume darsgestellt. Ein oberer Raum zwischen den Köpfen des Gastrocnemius und der poplitealen Kante des Soleus; ein Dreieck mit lotrechter Basis über den medialen Kondylen und fibularer Spitze in Höhe des Kniespaltes, welches als Unterlage die Kniegelenkkapsel hat. Es wird gegen die Fossa poplitea durch festes Bindegewebe zwischen Gastrocnemiusköpfen und Kniekapsel abgeschlossen, so daß Extravasate nur längs der

Nerven und der Gefäße zur Tiefe der Fossa poplitea gelangen. Der zweite, an seinen Enden zugespitzte und bei Erwachsenen 28—30 cm lange Raum liegt zwischen Soleus und den tiefen Flexoren. In seiner oberen Hälfte zur Tibia, in der unteren zur Fibula geräumiger, ist er wegen des ominösen Verlaufes bekannt, zu welchem Infiltrate in ihm, namentlich nach Schußverletzungen führen. Die Geschichte dieser Verletzungen wird berücksichtigt und darauf hingewiesen, daß die Infiltrate wegen des festen seitlichen, namentlich fibularen Abschlusses dieses Raumes sehr bald unter hohe Spannung kommen und, weil sie gegen die Oberflächen hin nicht ausweichen können, unerkannt blieben. Der beste Ausweg ist noch jener durch den Muskelschlitz des Soleus, an Gefäßen und Nerven vorbei zum oberen Raume. Der Raum endlich unter den Extensoren ist oben umfänglicher als unten und zeigt die Infiltrate hinter und zwischen den Muskeln, während die Gefäße auf dem Lig. interosseum bleiben. Nach topographischer Bestimmung der Gefäße und Nerven werden die Unterbindungen namentlich an der Wadenseite besprochen, wie sie in der Dorpater Klinik üblich sind und von W. Koch in der Petersburger med. Wochenschrift VI 1881 beschrieben wurden. Die Klinik verwirft für die obere Hälfte des Unterschenkels Unterbindungen von innen und von der Wadenseite her, es sei denn, daß hier geräumige Wunden vorhanden sind, erprobte als sichersten Weg vielmehr jenen von außen, und zwar wie folgt. Einmal verläuft der Hautschnitt daumenbreit tibialwärts vom Capitulm fibulae auf 10—12 cm nach unten außen. Er trifft die fibulare Kante des äußeren Gastrocnemius, welcher sich bei Beugung samt dem Plantaris abheben und tibialwärts verziehen läßt. Dann erscheinen der M. popliteus und die popliteale Kante des Soleus, welche $3^1/_2$—4 cm einwärts vom Capitulum den Nerv. tibialis überkreuzt. Fibularwärts von ihm liegt mit seinen zwei Venen das Ende der Poplitea, weiter unten, wofern man den Soleus einkerbt oder vom Capitulum abschneidet, auch noch der Trunc. tibio-fibularis mit der Abgangsstelle der Arteria antica. Doch kommt man der unteren Hälfte des durchschnittlich $5^1/_2$ cm langen Truncus und der oberen Hälfte der Art. tibialis postica und peronea auch noch in folgender Weise leicht bei. Da die hintere äußere Kante des Wadenbeines sich selbst bei Infiltraten mit Sicherheit abtasten läßt, läßt sich auch der schmale Spalt zwischen Soleus und Peroneen, welcher dieser Kante entspricht, unschwer freilegen. Von ihm aus wird bei Beugung der äußere Rand des Soleus von der Fibula, weiter unten auch noch vom Flexor hallucis abgetrennt, worauf der Soleus von den tiefen Flexoren und deren Nervengefäßlager ab- und nach hinten sich verziehen läßt. Wiederum näher zur Fibula sieht man jetzt poplitealwärts den Truncus, malleolärwärts die Art. tibialis postica und die Peronea in Überkreuzungen mit dem Nerv. tibialis, welche im Original einzusehen sind. Die Methode verletzt selbst für den Fall nicht erheblich, daß der Soleus bis zur Mitte des Unterschenkels abgetrennt werden muß, und legt alle Stämme der Beugeseite zugleich frei, was in Anbetracht der schwierigen klinischen Differen-

zierung des verletzten Punktes nur erwünscht ist. Im Bereiche der unteren Hälfte des Unterschenkels treten die bekannten, oft schwierigen Verfahren von innen her in ihr Recht, und hervorzuheben ist, daß die A. tibialis antica nicht zwischen, sondern hinter den Extensoren liegt. Sie läßt sich hoch oben fast ohne Blutung erreichen, wenn man den gemeinsamen Bauch der Strecker fibularwärts verzieht. Bemerkungen über Varietäten der Unterschenkelgefäße, Spaltrichtungen der Haut, Phlegmonen und über die Natur der Venenerweiterungen, bezüglich welch' letzterer auf alte Ansichten Meckel's zurückgegriffen wird, leiten die mit sehr guten Abbildungen ausgestattete Arbeit ein.

(Selbstbericht.)

Kleinere Mitteilungen.

23) First annual report of the Henry Phipps institute. February 1, 1903, to February 1, 1904.

Philadelphia.

Das auf wohltätiger Stiftung begründete Institut hat die Aufgabe, das Studium von Ursache, Bekämpfung und Verhütung der Tuberkulose zu fördern, sowie die Kenntnis dieser Dinge zu verbreiten; ferner, und das ist das Wesentliche, pflegt es die Behandlung und Fürsorge Tuberkulöser.

Ambulante Kranke werden poliklinisch behandelt, mit Milch versehen und in hygienischer Beziehung beraten, Schwerkranke in der stationären Abteilung von 52 Betten gepflegt. Es werden Kranke aller Nationen und Rassen behandelt.

16 Ärzte arbeiten im Institute. Stationär wurden 254, ambulant 1903 Pat. behandelt, fast durchweg den ärmsten Bevölkerungsschichten angehörend.

Genaue statistische Angaben über Nationalität, Lebensalter, Geschlecht, Rasse, Wohnort, Stand und Beruf der Behandelten, über prädisponierende Umstände, wie Alkoholismus, Typhus, Pneumonie usw., über die Infektionsquelle, ferner über die erste Lokalisation und weitere Verbreitung der Krankheit im Körper der Erkrankten, sowie über die Erscheinungsformen und Komplikationen des Leidens, des weiteren über die erzielten Resultate und die angewandten Behandlungsweisen geben einen guten Einblick in die Leistungen des Instituts.

Als selbständige Arbeiten sind ein pathologisch-anatomischer Bericht und ein solcher über die laryngologische und neurologische Tätigkeit angefügt. Ein besonders interessanter Fall von fibroider Phthisis mit Bronchiektasen wird ausführlich mitgeteilt.

Der Tuberkulose bei Farbigen ist ein besonderer Abschnitt gewidmet, die Ausbreitung der Tuberkulose in Philadelphia wird an der Hand zahlreicher Tabellen, Kurven und eines Städteplanes übersichtlich dargestellt.

Für denjenigen, der sich mit dem Heilstättenwesen etwas beschäftigt hat, wird ein größerer, durch zahlreiche schöne Illustrationen ausgezeichneter Artikel über das große Sanatorium am Saranac-See im Staate New York von Wert sein. Dasselbe, erst 1884 in menschenleerer Gegend gegründet, bietet jetzt bereits 4000 Menschen Platz und ist eine hübsche Villenstadt geworden.

Vier größere Vorträge machen den Abschluß des Werkes, einer von Osler »Das Haus in seiner Beziehung zur Tuberkulose«, ein zweiter von Woodhead, »Pathologische Anatomie und Histologie der Lungentuberkulose mit Bezug auf die allgemeine Pathologie und die klinischen Erscheinungsformen«, ein Aufsatz von Biggs, »Die administrative Kontrolle der Tuberkulose« und eine Vorlesung von Maragliano »Über die spezifische Therapie der Tuberkulose und sein Impfverfahren«.

M. v. Brunn (Rostock).

24) **L. Fornaca.** Artrite primitive da diplococco.

(Giorn. di R. accad. di med. di Torino 1905. Nr. 3.)

28jähriges Mädchen erkrankt mit Schüttelfrost, Fieber und Herpes labialis und bekommt am 4. Tag einen Erguß im rechten Ellbogengelenke. Dasselbe wurde am 10. Tage punktiert. Es ergab sich serös-eitrige Flüssigkeit; aus ihr sowie aus dem Blute werden Pneumokokken gezüchtet. Im mikroskopischen Präparate des Ergusses waren sie sehr zahlreich. Fieber sinkt lytisch bis zum 33. Tag ab. Keine Lungenerscheinungen. Vorübergehend Schmerzen im rechten Knie.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

25) **Binswanger.** Über probatorische Tuberkulininjektionen bei gesunden stillenden Frauen.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV. Hft. 1.)

Das Dresdener Säuglingsheim (Prof. Schlossmann) steht auf dem Standpunkte, daß die primäre Aufnahme der Tuberkelbazillen vom Digestionstraktus aus zum wenigsten eine große Ausnahme bildet, daß vielmehr die Infektion von Mensch zu Mensch (Inhalations- oder Schmutzinfektion) die Regel bildet. Die Sektionsergebnisse von 30 Leichen im 1. Lebensjahre verstorbener tuberkulöser Kinder sprachen ebenfalls für diese Annahme.

Theoretisch betrachtet, würde es für das Kind einer tuberkulösen Mutter das beste sein, von seiner Mutter ganz getrennt zu werden, in praxi steht es aber ganz anders.

Die Gefahr, daß das Kind mit der Muttermilch einige Tuberkelbazillen in sich aufnimmt, ist viel geringer, als die, welcher es durch den Übergang zu künstlicher Ernährung ausgesetzt ist. Zudem bedeutet das Stillen in der Regel für die tuberkulöse Mutter nach den Erfahrungen des Dresdener Säuglingsheims keine Gefahr.

Dieses Säuglingsheim erhält sein Material, Mütter mit ihren Kindern, von der Frauenklinik in Dresden, welche alle bei der Untersuchung als tuberkulös erkannten Frauen überhaupt dem Säuglingsheim gar nicht zuweist.

Trotzdem erwies die probatorische Tuberkulininjektion, über welche die Einzelheiten im Original nachzulesen sind, daß von 78 Müttern 26, also $1/3$, deutlich reagierten.

B. erwähnt dabei die Untersuchungen von Franz, der sämtliche Rekruten eines ungarischen Regimentes in gleicher Weise behandelte; unter 279 Injizierten reagierten 108 = 38,7%, während unter 400 Soldaten eines bosnischen Regimentes im 1. Dienstjahre 61%, im 2. Jahre sogar 76% reagierten.

W. v. Brunn (Rostock).

26) **Bentz.** Traumatic tetanus.

(Buffalo med. journ. 1905. Mai.)

B. berichtet über sechs mit Antitoxin behandelte Fälle von traumatischem Tetanus; folgende Beobachtung sei wegen der höchst merkwürdigen Komplikation erwähnt:

Der 42jährige Pat. erkrankte 11 Tage nach einer mit Straßenschmutz verunreinigten Verwundung des Fußes an Trismus und starb plötzlich unter Krämpfen (Tetanusbazillenbefund positiv). Bei der Autopsie fanden sich tuberkulöse Veränderungen: Fisteln am Halse, Lungenherde; die oberen Halswirbel waren ebenfalls erkrankt, besonders der Zahn des Epistropheus, die Bänder in der Umgebung des Atlas und Epistropheus erweicht und gelockert. Der Zahnfortsatz sprang abnorm stark nach hinten vor und komprimierte das Mark.

B. erklärt nun den Hergang so, daß infolge der tetanischen Krämpfe an den tuberkulös erkrankten Wirbeln Verschiebungen eintraten, besonders eine Verschiebung des Zahnfortsatzes, Druck auf das Mark, und damit augenblicklicher Tod.

Mohr (Bielefeld).

27) **R. Faltin.** Ein Fall von subkutaner Milzruptur, mit Splenektomie behandelt.

(Finska Läkaresellskapets Handlingar Bd. XLVI. p. 32.)

Der sehr ausführlich mitgeteilte Fall enthält folgende Hauptmomente:

Ein 9jähriger Knabe wird überfahren. Etwa 4 Stunden später findet sich hochgradiger Kollaps und bedeutende Anämie, Bruch der 7.—10. linken Rippe, subkutanes Emphysem, der Bauch druckempfindlich, kein Erbrechen. Stimulantia (Kampfer und Kochsalzeingießungen). Zeichen vermuteter innerer Blutung sind anfangs undeutlich, am folgenden Tag aber läßt sich das kleine Becken ausfüllende Flüssigkeit vom Mastdarm aus tasten. 18 Stunden nach dem Unfalle Laparotomie mit Schnitt in der Mittellinie und Querschnitt nach links. Übergroße Menge von Blut in der Peritonealhöhle. Milz vergrößert (keine Malaria in der Anamnese. aber tuberkulöse Koxitis in frühester Jugend); das distale Ende (etwa 1/3) fast völlig abgetrennt. Profuse Blutung beim Herausdrängen aus der Bauchwunde; Pulslosigkeit. Intravenöse NaCl-Eingießung während des weiteren Operierens. Beim Anlegen der Doyen'schen Klemme an den Hilus wird der linke Rand des Magens mitgefaßt. Nach Unterbindung des Stieles steht die Blutung. Schluß der Bauchwunde bis auf den lateralen Wundwinkel, durch welchen ein Jodoformgazestreifen herausgeleitet wird. Wiederholt Stimulantia. Heilung per primam. Retardierte Rekonvaleszenz; Schmerzen im Magen nach Nahrungsaufnahme.

Nach etwa 3 Wochen bildete sich ein subphrenischer Abszeß aus, der nach Rippenresektion entleert wurde; ein paar Tage später Mageninhalt im Wundsekret. Heilung nach einem Monate.

Verf. resümiert in großen Zügen die Lehre von den subkutanen Milzrupturen nach Berger's Arbeit im Archiv für klin. Chirurgie 1902; dessen Kasuistik von 34 splenektomierten Milzrupturen wird um 11 Fälle aus der Literatur vervollständigt; Verf.s eigener ist der 12. **Hansson** (Cimbrisham).

28) **Macartney.** Case of gumma of the liver treated by operation.

(Glasgow med. journ. 1905. Mai.)

Ein 53 Jahre alter Mann hatte eine sehr schmerzhafte Schwellung am Rücken. Da er abmagerte, dachte man an das Bestehen einer bösartigen Geschwulst. M. eröffnete die geschwollene Partie, entfernte eine Rippe und bemerkte jetzt, daß es sich um ein Gumma der Leber handelte. Er kratzte dieses aus und behandelte die Wunde offen; der Pat erhielt Jodkali und hat sich in kurzer Zeit sehr erholt.

W. v. Brunn (Rostock).

29) **H. Kehr.** Über zwei seltene Operationen an den Gallengängen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 23.)

Die erste Operation war eine Choledochotomie wegen haselnußgroßen Steines und Hepaticusdrainage bei einem 55jährigen Pat. mit Situs transversus. Der Kranke hatte bei den Anfällen, die zuerst für reine Magenkrämpfe gehalten worden waren, bis die Verlagerung der Leber im linken Hypochondrium entdeckt wurde, immer nur 1—2 Tage dauernden Ikterus gehabt, weil die stauende, entzündlich veränderte Galle neben dem beweglichen Steine hatte abfließen können. — Nach 14 Tagen hörte der Gallenfluß durch das in den Hepaticus geführte Drain nach außen auf und erfolgte in kurzer Zeit die Heilung.

Der zweite Fall betraf eine 34jährige Frau, bei der wegen einer Narbenstriktur des Ductus choledochus eine Resektion dieses Ganges mit glücklichem Erfolge vorgenommen wurde. Bei einer vorausgegangenen Operation war die stein- und eiterhaltige Gallenblase exstirpiert, hierbei der Ductus hepaticus verletzt und bei Unterbindung der Art. cystica resp. des Ductus cysticus ein Teil des Choledochus mitgefaßt worden, so daß die Galle in letzteren nicht eintreten und durch den Hepaticusriß trotz Naht desselben nach außen abfließen konnte. Infolgedessen obliterierte schließlich der Choledochus, und die Pat. wurde durch den dauernden profusen Gallenabfluß nach außen stark belästigt. Die Resektion des Choledochus

war in den entstandenen Verwachsungen sehr schwierig, gelang aber ebenso wie die zirkuläre Naht vollständig; die Fäden wurden lang gelassen und stießen sich in der 2. Wochen ab, worauf die Heilung rasch vor sich ging.

Kramer (Glogau).

30) **C. Garrè.** Totaler Querriß des Pankreas durch Naht geheilt.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 233.)

Ein 24jähriger Rangierer erlitt eine Quetschung der Oberbauchgegend zwischen zwei Puffern. Er kam 2 Stunden nach der Verletzung in die Klinik, ohne zunächst schwerere Krankheitserscheinungen darzubieten. Eine Stunde später trat jedoch Erbrechen von kaffeesatzartigen Massen ein, und Pat. bekam außerordentlich heftige Leibschmerzen. Bei der $4^1/_2$ Stunden nach der Verletzung ausgeführten Laparotomie fand sich etwa $^1/_2$ l Blut in der Bauchhöhle, das oberhalb des tiefstehenden Magens immer von neuem hervorquoll. Nach Durchtrennung des kleinen Netzes gelangte man auf das völlig quer durchtrennte Pankreas, dessen beide Enden daumenbreit auseinander standen. Die glatten Rißflächen wurden durch exakte Naht vereinigt, die Blutung so gestillt. Tamponade. Heilung. — Unter neun bisher beschriebenen Fällen von subkutaner Pankreaszerreißung ist der mitgeteilte Fall der einzige, welcher zur Heilung kam.

M. v. Brunn (Tübingen).

31) **L. Strominger** und **G. Dimitriu** (Bukarest). Betrachtungen über drei Fälle von Prostatektomie vom Standpunkte des chirurgischen Vorgehens.

(Spitalul 1905. Nr. 11.)

Der Weg, welcher zur Entfernung der Vorsteherdrüse eingeschlagen werden soll, transvesikal oder perineal, ist noch nicht festgesetzt. Die Erfahrungen, welche Herescu mit den verschiedenen Operationsmethoden gemacht hat, würden eher für die perineale Operation sprechen, da durch sie die Drüse leichter im ganzen entfernt, eine bessere Drainierung durchgeführt und die Bildung von Fisteln eher verhütet werden kann, als mit der hypogastrischen Methode.

Auch die letzten drei Fälle, deren Krankengeschichten angeführt werden, waren ein Beweis für diese Ansicht, insofern beide transvesikal operierte Pat. Fisteln bekamen, welche einige Zeit zu ihrer Heilung erforderten, während die perineale Operation glatt heilte. Auch die Blutung während und nach der Operation ist in letzterem Fall eine viel geringere.

E. Toff (Braila).

32) **Deanesly.** Cases of ureteral surgery.

(Brit. med. journ. 1905. März 25.)

Verf. berichtet über drei Fälle von chirurgischen Eingriffen am Harnleiter.

1) Freilegung des linken Harnleiters bei einem 27jährigen Manne, der 11 Jahre vorher eine Nephrotomie wegen Eiterung durchgemacht hatte und nur 2 Jahre völlig beschwerdefrei geblieben war. Harnleiter enorm ausgedehnt; aus seinem unteren Ende wird ein dasselbe verlegender ovaler Stein, 2 : 3 cm, entfernt. Nach Spaltung des zu einem kleinen Reste zusammengeschrumpften Nierensackes. Heilung nach Harnleiterdrainage.

2) Freilegung und Luxation der linken Niere bei einem 29jährigen Manne wegen Verdacht auf Stein. Niere in einen großen Sack mit dünner Wandung verwandelt, aber ohne Stein. Der gewaltig dilatierte Harnleiter wird eröffnet, sondiert, und erweist sich dicht über der Blaseneinmündung undurchgängig. Rektaluntersuchung ergibt mit Sicherheit einen Harnleiterstein. Erst 14 Tage später Feststellung einer stark vorspringenden und vergrößerten, aber normal funktionierenden Harnleitermündung im Cystoskop. Ureterostomie und Entfernung eines großen Steines dicht an der Blase und zweier ebenso großer dahinter. Heilung.

3) Bei einer 28jährigen Frau, bei der man 4 Jahre vorher eine Nephropexie gemacht hatte, und die jetzt an einer intermittierenden infizierten Hydronephrose litt, findet man bei Freilegung der Niere als Ursache der enormen Dilatation des Nierenbeckens und der Niere selbst eine Knickung des Harnleiters an seiner Einmündungsstelle beträchtlich oberhalb des tiefsten Punktes am Nierenbecken. Ausgleichung der Knickung durch Exzision eines die Hälfte des ganzen Nierenbeckens betragenden Dreiecks mit der Spitze in der Harnleitermündung, so daß die Naht vom Harnleiter bis zum Nierenhilus einer geraden Linie entsprach. Nach vorübergehender Entleerung des gesamten Urins aus der lumbalen Wunde allmähliche Wiederherstellung normaler Verhältnisse und völlige Heilung.

Verf. erwähnt ganz kurz zwei (beim Harnleiterstein wohl meist entscheidende, Ref.) diagnostische Hilfsmittel: die Cystoskopie mit Harnleiterkatheterismus und die Röntgendurchleuchtung, und erkennt ihnen nur einen sehr zweifelhaften Wert zu.

W. Weber (Dresden).

33) **G. Betagh.** Patogenesi dell' anuria in un caso di isterectomia vaginale per cancro. Con ricerca sperimentale sul cadavere.

(Ann. di r. istituto di clinica chirurgica di Messina Vol. I. 1902/1903.)

Unmittelbar nach der Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinoma colli auf vaginalem Wege, die mit Anlegung von Dauerklemmpinzetten ausgeführt war, versagte die Urinsekretion. Es gelangte erst wieder Urin in die Blase, als die Pinzetten 30 Stunden nach der Operation abgenommen wurden. Der Einwand, daß die Pinzetten die Harnleiter abgeklemmt hätten, wird durch das Ausbleiben einer Fistel widerlegt. Dagegen erscheint es wahrscheinlich, daß durch den Zug der von oben nach unten auf der linken Seite angelegten Pinzetten in dem linken, vorher entzündeten Perimetrium eine Knickung des Harnleiters stattgefunden hat, und daß rechts eine Reflexanurie bestand.

Acht Versuche der Hysterectomia vaginalis an der Leiche mit Pinzettenabklemmung von oben nach unten auf einer und von unten nach oben auf der anderen Seite führten mehrfach zu Zerrungen am Harnleiter auf der ersteren Seite, die einige Male die Fortbewegung der in den Harnleiter eingespritzten Flüssigkeit zur Blase vollkommen verhinderten. Die Ursache des Hindernisses besteht darin, daß beim Anlegen der Pinzetten von oben nach unten die letzte Pinzette zuweilen sehr in die Nähe des Harnleiters (1—2 cm von demselben entfernt) zu liegen kommt.

Dreyer (Köln).

34) **Scheben.** Beitrag zur Wirkungsweise der Edebohls'schen Operation. (Aus der chirurg. Abteilung des Herz-Jesu-Hospitals zu Bonn. Dr. Hammesfahr.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 19.)

S. hat in drei von Hammesfahr operierten (völlige Entfernung der Capsula fibrosa propria) Fällen von Nephritis (je ein Fall von akuter, von chronischer parenchymatöser Nephritis und von Schrumpfniere) erhebliche Besserungen beobachtet, die sich durch Abnahme des Eiweißgehaltes im Urin bald nach der Operation, durch Rückgang der Ödeme bei den parenchymatösen Formen nach einiger Zeit und durch Steigerung der Harnmenge in den ersten zwei Fällen, durch Sinken derselben im Falle von Schrumpfniere kund tat. Verf. nimmt an, daß nach der Operation sich eine starke Durchblutung der Niere, dadurch eine Besserung der Funktion der noch gesunden Nierenabschnitte einstellt und darauf die günstige Wirkung des Eingriffes zurückzuführen sei. Ist noch genügend gesundes oder erholungsfähiges Nierengewebe vorhanden, so könne sogar ein Stillstand des Prozesses eintreten, der bei zu weit vorgeschrittener atrophischer Schrumpfung ausbleiben werde.

Kramer (Glogau).

35) **A. Zwanziger.** Ein Fall von angeborener perinealer Dislokation des Testikels.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Verf. beschreibt einen Fall von angeborener Verlagerung des linken Hodens, der unter der Diagnose einer Luxatio testis perinealis in die Kieler Klinik eingeliefert wurde. Nach Erwähnung der verschiedenen Anschauungen über die Ätiologie des Leidens, sowie der durch dasselbe bedingten Erkrankungen lokaler, sowie allgemeiner Art kommt Verf. zu dem Schluß, daß jeder verlagerte Hoden mit Ausnahme des Bauchhodens ein Gegenstand therapeutischer Maßnahmen sein müsse, und beschreibt am Ende seiner Arbeit das in der Kieler chirurgischen Universitätsklinik übliche Verfahren, »das nicht nur die Mobilisierung des Testikels erreicht, sondern auch das lästige Aufwärtssteigen desselben beseitigt«. Es besteht in Isolierung des Samenstranges, vorsichtiger Dehnung desselben, Vernähung der Fascia funiculi spermatici mit dem Bindegewebe und Periost des Os pubis. Der am Grunde des Hodensackes liegende Hoden wird nur lose im Scrotum fixiert.

Grunert (Dresden).

36) **H. Dillmann.** Über einen Fall von Chorionepitheliom beim Manne.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 1.)

Verf. gibt einen ausführlichen histologischen Befund eines Chorionepithelioms beim Manne. Die primäre Geschwulst im Hoden zeigte diffuse Bindegewebsentwicklung, Cysten mit zylindrischem und kubischem Wandepithel, mit Langhans-schen Zellen und Andeutungen von Syncytien, ferner diffuse karzinomatöse Wucherung der Langhans'schen Zellen, ausgesprochene adenokarzinomatöse Partien und kollaterale Wucherung der großen Zwischenzellen des Hodens. In den Metastasen waren überall die Langhans'schen Zellen und Syncytien vorhanden. Derartige, auf embryonaler Keimanlage beruhende bösartige Geschwülste sprechen gegen die parasitäre Theorie und unterstützen die v. Hansemann'sche Anaplasielehre.

K. Schultze (Bonn).

37) **Dziewoncki.** Traitement de l'hydrocèle vaginale par les injections d'adrénaline au millième.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 6.)

D. behandelte zwei Fälle von Hydrokele mit Erfolg, indem er nach Punktion des Sackes 0,5 einer Adrenalinlösung 1 : 1000 in denselben einspritzte und das nach 5—8 Tagen wiederholte. Nach der ersten in beiden Fällen keine Reaktion, nach der zweiten mäßige Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit. Heilung nach 14 Tagen. In einem Falle nach 5 Monaten noch kein Rezidiv. Die Wirkung muß durch Verminderung der Sekretion seröser Flächen erklärt werden.

Mohr (Bielefeld).

38) **C. Lauenstein.** Eine Gefahr der invertierten Lage bei Operationen am Uterus.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

L. führt die in einem Falle von supravaginaler Uterusamputation wegen Myom schon am nächsten Tage nach der Operation aufgetretene akuteste Sepsis mit tödlichem Ausgange darauf zurück, daß Scheidensekret bei der invertierten Lage der Pat. durch den kurzen Cervixstumpf in das Operationsgebiet gelangt war und von hier aus durch die Stichkanäle der frischen Peritonealwunde des Beckenbodens seinen Weg in die Bauchhöhle gefunden hatte. Er empfiehlt deshalb, vor allen Operationen am Uterus bei invertierter Lage präventiv die Anfüllung der Scheide mit sterilem Materiale nach Desinfektion und Austrocknung vorzunehmen.

Kramer (Glogau).

39) **H. N. Dunn.** Innominate aneurysm; simultaneous ligature of the right carotid and subclavian arteries; recovery.

(Lancet 1905. Juni 3.)

Ein 40jähriger früherer Soldat mit Lues in der Anamnese erkrankte an einem Aneurysma der Arteria innominata; die Geschwulst ragte $3^1/_2$ Zoll nach der Seite und $1^1/_4$ Zoll über das Schlüsselbein, die untere Grenze war unbestimmt. Die Luftröhre war nach links verdrängt. Es bestanden: Dysphagie beim Schlucken fester Substanzen, Dyspnoe bei Anstrengungen und bei bestimmten Kopfstellungen, Schmerzen rechts an Kopf, Hals, Schulter und Arm, Flüsterstimme, der Radialpuls war rechts schwach und verzögert. — Nach antiluetischer Vorbereitungskur Unterbindung der Carotis über dem Omohyoideus und der Subclavia unter dem Schlüsselbein.

Nach 85 Tagen war Pat. wieder arbeitsfähig. Es besteht noch Recurrensparese, sowie Kühle und Schwäche im rechten Arme. Die anderen Symptome sind nahezu geschwunden, die Geschwulst ist erheblich geschrumpft und hart.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

40) **Currie.** Transperitoneal ligature for aneurism of external iliac artery.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

Fall von Aneurysma der linken Arteria iliaca externa. Laparotomie und transperitoneale Freilegung und Unterbindung der Arteria iliaca externa oberhalb des Aneurysmas. Pat. wurde von seinen Beschwerden befreit. Verf. konnte aus der Literatur nur 8 Fälle transperitonealer Unterbindung der A. iliaca zusammenstellen; er meint, daß diese Methode jetzt, wo sich die Gefahren der Laparotomie gemindert haben, der experitonealen Unterbindung vorzuziehen sei, da sie als leichter ausführbar und übersichtlicher gelten kann.

Herhold (Altona).

41) **Berger.** Sur une forme encore peu connue d'affection ankylosante (maladie ankylosante symétrique et progressive).

(Bull. méd. 1905. Nr. 26.)

B. beobachtete bei einer 23jährigen Frau folgenden eigenartigen Symptomenkomplex. Bei der bisher ganz gesunden Pat. stellten sich in aufeinanderfolgenden symmetrischen Schüben Ankylosen in zahlreichen großen Gelenken ein. Die Affektion begann jedesmal mit intensiven Schmerzen und Gelenkschwellung, und innerhalb einiger Monate bildete sich unter Nachlassen der Schmerzen eine schließlich ganz schmerzlose, vollständige Ankylose aus, welche allein durch die Beteiligung der Knochenenden bedingt zu sein schien, während periartikuläre Schwellungen, Muskelkontrakturen usw. vollkommen fehlten, und auch im übrigen alle anderen Organe gesund blieben. Auf diese Weise wurden nacheinander fast sämtliche Gelenke der oberen und unteren Extremitäten ergriffen, und zwar, indem die symmetrischen Gelenke erst rechts, dann links, stets beiderseits hintereinander befallen wurden, zuerst die Hand-, dann die Knie- und Ellbogengelenke. Die Entwicklung geschah im Laufe einiger Jahre, Schulter- und Hüftgelenke sind bisher frei, dagegen beginnt die Halswirbelsäule ergriffen zu werden. Aus den Röntgenbildern ergibt sich, daß die Ankylose allein durch eine Verschmelzung der knöchernen Gelenkenden ohne sonstige Deformationen am Knochen zustande kommt.

B. kommt unter Ausschluß sämtlicher anderen Ursachen zu der Ansicht, daß das Krankheitsbild zahlreiche Analogien mit der Spondylose rhizomélique aufweist, nur daß gerade die Gelenke, welche bei dieser Erkrankung befallen zu werden pflegen, bei obiger Pat. frei blieben, und umgekehrt alle bei ihr befallenen Gelenke bei der Spondylose rhizomélique gewöhnlich frei bleiben. Ähnliche Fälle finden sich nur bei Raymond (Leçons sur les maladies du système nerveux, 1901) und bei Janssen (Grenzgebiete Bd. XII) beschrieben. B. hält eine Art von chro-

nischem Rheumatismus bei vorliegendem Krankheitsbilde für ausgeschlossen, glaubt vielmehr, daß diese eigenartige Ernährungsstörung der Gelenkenden auf einer Erkrankung des Nervensystems beruhe; hierfür spräche eine als Kind überstandene spinale Lähmung bei der Pat., ebenso ein während der Entwicklung des Krankheitsbildes aufgetretener Herpes zoster, nach welchem sich im Niveau des Herpes eine Rippenhyperostose entwickelte. **Mohr** (Bielefeld).

42) **K. Röper.** Ein Fall von traumatischer Exostosis bursata (Abriß der peripheren Sehne des Biceps brachii) nebst Bemerkungen über die Bildung freier Körper in Gelenken und in Bursen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 1.)

Eine 47jährige, stets gesunde Frau erlitt durch ein Trauma eine Abreißung des M. biceps von der Tuberositas radii, wobei die Gelenkkapsel höchst wahrscheinlich mitverletzt wurde. Im weiteren Verlauf entwickelte sich einerseits an der Stelle der Sehnenabreißung von seiten des mitverletzten Periostes eine Knochenneubildung, andererseits stülpte sich die verletzte Kapsel des Ellbogengelenkes über die entstehende Exostose aus, so daß letztere mehr und mehr in den Bereich eines Divertikels der Gelenkkapsel zu liegen kam. Nachdem sich dieser ausgestülpte Teil der Gelenkkapsel im Laufe der Zeit gegen das übrige Gelenk abgeschlossen hatte, bildeten sich in ihr freie Körper in der Weise, daß sich kleine Teilchen von der üppig wuchernden Callusmasse ablösten. Der mikroskopische Befund der freien Körper und der Exostose, der ausführlich beschrieben wird, läßt nach Verf.s Ansicht keine andere Entstehungsart zu. Der Fall zeigt demnach an einem schönen Beispiele die Entstehung einer traumatischen Exostosis bursata und demonstriert die Richtigkeit der seinerzeit von Rindfleisch ausgesprochenen Behauptung, daß die über solchen Exostosen befindliche Bursa einer Ausstülpung der Gelenkkapsel ihren Ursprung verdankt.

Über die Literatur von der Entstehung von Fremdkörpern in Gelenken im allgemeinen ist die Arbeit selbst einzusehen; ein Röntgenbild ist der Arbeit beigefügt. **Hartmann** (Kassel).

43) **Negroni.** Sopra un caso di mixoma puro dello scheletro del metacarpo. Contributo alla casistica dei tumori della mano.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 2.)

75jähr. Mann. Die Geschwulst geht vom Metacarpus pollicis aus, ist nach der Abbildung fast handgroß, kuglig, glatt, teils fluktuierend, teils hart, an der Basis teils knochenhart, teils Pergamentknittern zeigend, rötlich-blau gefärbt, die Haut darüber gespannt. — Amputation im Vorderarme. — Mikroskopisch reines Myxom. Das Knochengewebe verhält sich passiv und ist in Resten in der Schale der Geschwulst erhalten. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

44) **Coley.** Amputation at the hip-joint for sarkoma, with a report of 7 cases without mortality.

(Sep.-Abdr. a. d. Transact. of the southern surg. and gynecol. assoc. 1903.)

Bei den sieben mitgeteilten Fällen ging fünfmal die Geschwulst vom Knochen, zweimal von den Weichteilen aus. In allen Fällen wurde so frühzeitig als möglich die Exartikulation im Hüftgelenke vorgenommen, aber nur in einem Falle gelang es, die Kranke mehr als 4 Jahre am Leben zu erhalten. Es handelte sich bei diesem (Fall VI) um ein 24jähriges Mädchen, welches durch dauernden Druck einer Stuhlkante in der Streckmuskulatur des Oberschenkels den Tumor erworben hatte. Der Exzision folgte schnell Rezidiv, das mit »gemischtem Toxin« (Erysipelas und Prodigiosus) des Verf.s zunächst beseitigt wurde. Dann wegen neuen Rückfalles Exartikulation und volle Heilung, die noch besteht. Auch bei einigen der anderen mitgeteilten Fälle wurde das Toxin, ebenso Röntgenbehandlung, angewandt. Bei beiden zeigten sich zeitweilige Besserungen, denen aber noch wäh-

rend der Anwendung die Rezidive folgten. Im Anschluß teilt C. vier Fälle von Amputation unterhalb des Trochanters mit, auch mit einem Erfolge nach Toxinbehandlung. Die Heilung hält hier nach zahlreichen Rezidiven 7 Jahre seit der letzten Operation stand. Aus der Praxis anderer werden noch sechs wegen Oberschenkelsarkoms amputierte bezw. mit Toxin behandelte Fälle mitgeteilt, bei denen Heilung zweimal über 4, zweimal über 5, einmal über 16 Jahre besteht, ein Pat. ist noch in Behandlung. Bei einem der Amputierten führt C. den guten Erfolg auf schwere septische Infektion (wahrscheinlich Streptokokken) zurück. Einer der Pat. mit sehr großem inoperablem Riesenzellensarkom des Femur wurde allein durch die Toxinanwendung hergestellt (4 Jahre rezidivfrei). Bei einem 11jährigen Knaben wurde Toxin- und Röntgenbehandlung gleichzeitig angewandt. Es entstanden zahlreiche Metastasen, die stets durch die Behandlung wirksam bekämpft wurden. Ist noch nicht abgeschlossen. C. hält auf Grund seiner Erfahrungen das gemischte Toxin für ein gutes Mittel, die Rückfälle zu verhüten. Es kann sowohl vor wie nach der Operation angewandt werden. **Trapp** (Bückeburg).

45) A. Rydygier. Beitrag zur operativen Behandlung habitueller Luxationen der Kniescheibe nach Ali Krogius.

(Przegląd lekarski 1905. Nr. 25.)

In R.'s chirurgischer Klinik wurde ein Fall von habitueller Verrenkung der Kniescheibe nach der von Ali Krogius im Zentralblatte für Chirurgie 1904 Nr. 9 angegebenen Methode operiert. Auf Grund dieser Erfahrung empfiehlt Verf. diese Methode zur Nachahmung. **Bogdanik** (Krakau).

46) F. Sauer. Die Heilungsresultate der Unterschenkelbrüche.

(Beiträge z. klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 184.)

Verf. hat sich der dankenswerten Mühe unterzogen, aus dem Materiale des Nürnberger städtischen Krankenhauses 111 Fällle von Unterschenkelbrüchen mit Hilfe der Berufsgenossenschaften einer Nachuntersuchung zu unterwerfen. Es befanden sich darunter 44 Brüche beider Unterschenkelknochen, 10 isolierte Brüche des Schienbeins, 6 isolierte Brüche des Wadenbeins, 21 Brüche beider Knöchel, 10 isolierte Brüche des inneren Knöchels und 20 isolierte Brüche des äußeren Knöchels. Für jede dieser Brucharten werden die Fragen nach der Dauer der Krankenhausbehandlung, nach der Zahl der Verletzten, die wieder völlig arbeitsfähig wurden und nach der Zahl der Dauerrentner, sowie auch die Zeit bis zum Eintritte der Erwerbsfähigkeit und die Höhe der Dauerrente gesondert und in Form von übersichtlichen Tabellen erörtert. Da die Resultate bei den einzelnen Unterarten nicht sehr erheblich voneinander abweichen, wird es an dieser Stelle genügen, das Gesamtresultat wiederzugeben, wie es Verf. in seinen Schlußsätzen zusammenstellt. Diese besagen, daß bei Unterschenkelbrüchen, die durch einen Betriebsunfall herbeigeführt worden sind, in mehr als 75% aller Fälle nach durchschnittlich 16,4 Monaten völlige Erwerbsfähigkeit eintritt. Ein geringer Teil der Verletzten wird schon vor der 14. Woche wieder erwerbsfähig, von den Übrigen erlangen noch 70% nach durchschnittlich 22,4 Monaten ihre völlige Erwerbsfähigkeit wieder. Von sehr wesentlichem Einfluß ist das Lebensalter, sofern im Alter von 10–20 Jahren fast alle, im Alter von 21—30 Jahren etwa $^5/_6$, von 31—50 Jahren nur noch etwa $^2/_3$—$^1/_2$, von mehr als 50 Jahren nur noch $^1/_3$ wieder völlig erwerbsfähig werden. Auch die Zeit bis zur völligen Wiederherstellung nimmt mit dem Alter erheblich zu, sie betrug im 2. Dezennium 14 Monate, im 4. Dezennium 24 Monate. Selbst anfangs schwere Funktionsstörungen besserten sich im Laufe der Zeit sehr wesentlich, so daß die Dauerrenten meist nur von geringer Höhe waren. Eine noch weitere Verbesserung der Resultate scheint die Bardenheuersche Extensionsbehandlung zu versprechen, die bei den in der Arbeit verwerteten Fällen noch nicht prinzipiell angewendet wurde.

M. v. Brunn (Tübingen).

47) **Renton and Teacher.** A central tumor of the tibia: malignant angioma.

(Glasgow med. journ. 1905. Mai.)

Ein 65jähriger Mann hatte seit 18 Monaten eine langsam wachsende Geschwulst des Tibiaschaftes. Operation wurde zunächst verweigert. 6 Monate später brach das Bein an dieser Stelle und wurde nun amputiert. Pat. genas.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung hatte ein bemerkenswertes Ergebnis. Die Geschwulst bestand aus zwei verschiedenen Geweben: erstens war sie aus dünnwandigen Gefäßen mit dazwischen eingebetteten großen polygonalen Zellen aufgebaut und glich in dieser Partie einem Peritheliom; der andere Teil der Geschwulst bestand aus großen Alveolen, mit flüssigem Blute gefüllt; die Alveolenwand wurde aus kubischen Zellen gebildet, die Alveolen selbst von fibrösem Gewebe umgeben. Zwei Mikrophotogramme sind begegeben.

W. v. Brunn (Rostock).

48) **Somerville.** Scrofulous ulcers of the legs (Bazin's malady).

(Brit. med. journ. 1905. Februar 4.)

Bericht über eine 11jährige Pat. mit rezidivierender Bazin'scher Krankheit. Innerhalb weniger Tage entwickelten sich am linken Unterschenkel schmerzlos mehrere Knoten unter der Haut, die sich bald in sechs bis sieben verschiedenartig gestaltete, bis 2 cm im Durchmesser große Geschwüre verwandelten mit grauem Grund und dünn-seröser Sekretion. Die Haut in der Nachbarschaft war bläulich-livide und stark infiltriert. Heilung unter Bettruhe, Lebertran, Eisen, feuchten Umschlägen. 6 Jahre später trat an genau der gleichen Stelle ein Rezidiv auf, das jeder therapeutischen Beeinflussung trotzte. Erst die Anwendung von Hochfrequenzströmen brachte schnelle Heilung in 41 Sitzungen von je 8 Minuten Dauer. Verf. betont die Ähnlichkeit der Geschwüre mit luetischen, bezeichnet sie aber nicht als solche. Ein Heilversuch mit Jodkali wurde anscheinend nicht angestellt.

W. Weber (Dresden).

49) **H. Landwehr.** Zur Kasuistik der Verrenkungsbrüche des Talocruralgelenkes.

Inaug.-Diss., Köln, 1905.

Einer Zusammenstellung der noch recht auseinandergehenden Ansichten der Autoren über Entstehung und Benennung der Verrenkungsbrüche des Fußgelenkes fügt Verf. aus dem Kölner Bürgerhospital eine Übersicht des reichen Materiales an Verletzungen des Talocruralgelenkes, sowie die ausführlichen Krankengeschichten und die kritische Besprechung der 28 darunter befindlichen Verrenkungsbrüche hinzu. Die Kranken wurden alsbald nach der Einlieferung nach der Bardenheuer-schen Technik in den Zugverband gelegt. Die Erfolge waren bei den 23 Pat., die sich einer angemessen langen Behandlung unterwarfen, glänzend. 21 wurden als geheilt entlassen, 2 mit geringer Gebrauchsbehinderung. Bei 11 Kranken war es möglich, Nachrichten über Wiederaufnahme der Arbeit oder Rentenbezug zu erlangen. Nur bei einem kam es zu dauernder Funktionsstörung durch Ausbildung eines traumatischen Plattfußes.

Georg Schmidt (Berlin).

Berichtigung. In der Beilage zu Nr. 30 d. Bl. lies auf p. 118 Z. 18 v. o. »rund 28% Heilung für die genähten und rund 14% für die nicht genähten«.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 35. **Sonnabend, den 2. September.** **1905.**

(Aus der chirurgischen Abteilung des Neuen Krankenhauses zu Kalk-Köln.)

Zur Pathologie des Prolapsus ani et recti und seine operative Behandlung durch Beckenbodenplastik.

Von

Dr. C. **Hofmann,**

leitend. Oberarzt der Abteilung.

Der Prolapsus ani et recti ist für den damit Behafteten ein äußerst lästiger, die Bewegungsfreiheit im höchsten Maße behindernder und schließlich auch für die Gesundheit auf die Dauer nicht ungefährlicher Zustand. Dazu kommt, daß unsere bisherigen Behandlungsmethoden, einschließlich der operativen, in bezug auf Dauererfolge sehr vieles, wenn nicht oft alles zu wünschen übrig lassen. Auszunehmen sind auch keineswegs die großen operativen Eingriffe, wie

die sicher nicht gleichgültige Rektumresektion, die durch Laparotomie vorzunehmende Colopexie oder die Verödung des Douglas. Bei allen sind Rezidive vielleicht häufiger als wirkliche Erfolge beobachtet worden.

Die Operationsmethoden, welche lediglich auf eine Verengerung des Afters hinzielen, sind zwar weniger eingreifend, aber in bezug auf den Erfolg ebenso unsicher; ja vielfach tauscht man hier, wenn man sehr radikal vorgeht, die narbige Striktur gegen den Prolaps ein. Den Dank seiner Pat. wird man sich dabei nicht verdienen. Eine Ausnahme macht vielleicht der Thiersch'sche Drahtring, der auch eigentlich nicht nur den After verengern, sondern als Dauerbandage den Intestinalbruch, wie der Prolaps sich nach der neueren Auffassung darstellt, zurückhalten will. Jedenfalls bedeutet die Einlegung des Ringes einen kleinen Eingriff, der aber in der Tat eine sehr rationelle Stütze für das prolabierte Rektum abgeben kann. Der Drahtring ist mit einem gut sitzenden Bruchband zu vergleichen, das den Bruch zwar nicht heilt, aber doch seine schädlichen Folgen ausschaltet. Er teilt aber auch mit dem Bruchbande dessen Nachteile und wird deshalb manchem nicht als wünschenswert erscheinen.

Bei dieser ganzen Sachlage ist es auffallend, daß öfter in den letzten Jahren Erfolge, selbst bei sehr großen Prolapsen, durch die Thure-Brandt'sche Massage erzielt worden sind. Ludloff[1] empfiehlt daher bei allen freien Prolapsen zunächst einen Versuch mit der Massage, von der er sich vielfach Besserung verspricht. Diese Erfolge sind nur erklärlich, wenn man dem Beckenboden bezw. der Beckenbodenmuskulatur, auf deren Kräftigung und bessere Funktionsfähigkeit die Massage ja nur abzielen kann, eine andere Bedeutung für die Pathologie des Prolapses und seine Beseitigung, als dies bisher geschehen ist, beimißt.

Die alte, wohl allgemein unter dem Einfluß Esmarch's angenommene Auffassung über die Entstehung des Mastdarmvorfalles war ja die, daß zuerst die Analschleimhaut prolabiert und so allmählich das in seinen Wandverbindungen innerhalb des Beckens gelockerte Rektum nachfällt oder nachgezogen wird. Der Modus hat sehr viel Einleuchtendes an sich, wenn er auch die Erklärung für die eigentliche Grundursache des Analvorfalles und somit des ganzen ausgebildeten Leidens schuldig bleibt. Die zur erklärenden Deutung herbeigezogenen Hämorrhoiden, Dauerdurchfälle usw. können meines Erachtens doch nur als begünstigende Momente und nicht als Grundursache aufgefaßt werden; denn sonst müßte der Vorfall bei dem häufigen Bestehen jener Zustände schon ungemein viel öfters auftreten als es in Wirklichkeit der Fall ist.

Waldeyer hat dann auf Grund anatomischer Beobachtungen auf einen Tiefstand der Plica Douglasii hingewiesen und den Vorfall des Rektums lediglich als durch die Wirkung des intraabdominellen Druckes

[1] Ludloff, Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1889.



hervorgerufen betrachtet. Der Vorfall reiht sich damit den Hernien an. Diese Auffassung hat sich auch besonders Ludloff zu eigen gemacht, und er hat zwei grundverschiedene Leiden nach ihrer Entstehungsweise angenommen: den Prolapsus ani et recti und die Invaginatio recti et ani. Der Versuch dieser scharfen Trennung bei dem klinisch gleichen Befunde beweist zum mindesten, daß die angenommenen Entstehungsursachen des Prolapses nicht für alle Fälle ausreichen und nicht die gleichen zu sein scheinen. Theoretisch ist die Trennung zwischen hernienmäßigem Prolaps und Invagination wohl zu machen; ob aber praktisch der Unterschied, wenn er wirklich bestehen sollte, wird auseinandergehalten werden können, ist zum mindesten zweifelhaft. Eine stärkere Invagination des Rektums wird sicher die Plica Douglasii früher oder später tiefer treten lassen, und ein tiefstehender Douglas soll ja das Rektum von vorn her invaginieren und so zum Prolaps führen.

Entstehen nun beide Zustände nicht unter der gleichen Voraussetzung? Und wird dadurch — praktisch wenigstens — der ganze Unterschied nicht hinfällig? Diese Fragen drängen sich einem hier unwillkürlich auf. Ich glaube sie beide zusammen dahin beantworten zu können, daß das Hervortreten der Analschleimhaut und größerer oder kleinerer Teile des Rektums vor den After nur durch eine Nachgiebigkeit des Beckenbodens zustande kommen kann. Ein in seinem anatomischen Bau und vor allem in seiner Elastizität nicht beeinträchtigter Beckenboden wird niemals, auch beim stärksten intraabdominellen Druck nicht, ein wesentlicheres Tiefertreten des Douglas und noch weniger ein Hervortreten von Teilen des Rektums oder gar Teilen der Bauchhöhle gestatten. Erst ein defekter und seiner Aufgabe, die darin besteht, die Bauchhöhle nach unten stützend abzuschließen, nicht mehr gewachsener Beckenboden wird gleichsam die Bruchpforte für den Prolaps abgeben.

Der Hergang stellt sich dann folgendermaßen dar: ein funktionsuntüchtiger Beckenboden verliert seine Elastizität, wird nachgiebig, dehnt sich immer mehr und gestattet nun entweder zunächst den untersten Analpartien, dem Zuge der Schwere folgend und gleichzeitig dem intraabdominellen Drucke nachgebend, aus dem Analring hervorzukommen oder, wenn das S romanum sehr beweglich und nachgiebig und die innere Wand des Beckenbodens (innere Beckenfascie) wenig resistent ist, daß dann zuerst die vordere Wand des Rektums in die Ampulle invaginiert und weiter fortschreitend der Prolaps ausgebildet wird. Ganz ähnliche Verhältnisse bestehen ja bei dem Prolaps der weiblichen inneren Genitalien. Hier hat der Prolaps stets einen anatomischen oder funktionellen Defekt des Dammes zur Voraussetzung. Nur ein Uterus, der des stützenden Dammes entbehrt, kann prolabieren.

Die dem Beckenboden zukommende und den Ausschlag gebende Rolle bei der Entstehung des Vorfalles erklärt auch erschöpfend die gut bekannte Tatsache, daß Kinder und schwächliche Frauen meistens

von dem Leiden befallen werden. Ja auch die Tatsache, daß der Zustand gerade bei Kindern allmählich spontan wieder verschwinden kann, findet darin eine ungezwungene Erklärung. Der Beckenboden ist nämlich bei Kindern besonders durch die noch häufig fehlende Exkavation des Steißbeines, wie wir gleich sehen werden, und die Schwäche der Muskulatur wenig resistent. Der starke intraabdominelle Druck, wie ihn die Kinder bei der Defäkation häufig entwickeln findet an dem schwachen Beckenboden keinen Widerstand und wirkt nun hervordrängend auf das Rektum und den Anus; der Prolaps ist fertig. Durch die weitere Entwicklung des Kindes bekommt aber der Beckenboden allmählich normale Form und Stärke, und nun fehlt der Prolaps, obwohl der intraabdominelle Druck bei der Defäkation derselbe bleibt. Die Spontanheilung ist erfolgt; eine ausreichende Erklärung für sie fehlte aber bisher. Auf denselben Umstand ist auch wohl die häufige Wirksamkeit der Thure-Brandt'schen Massage zurückzuführen.

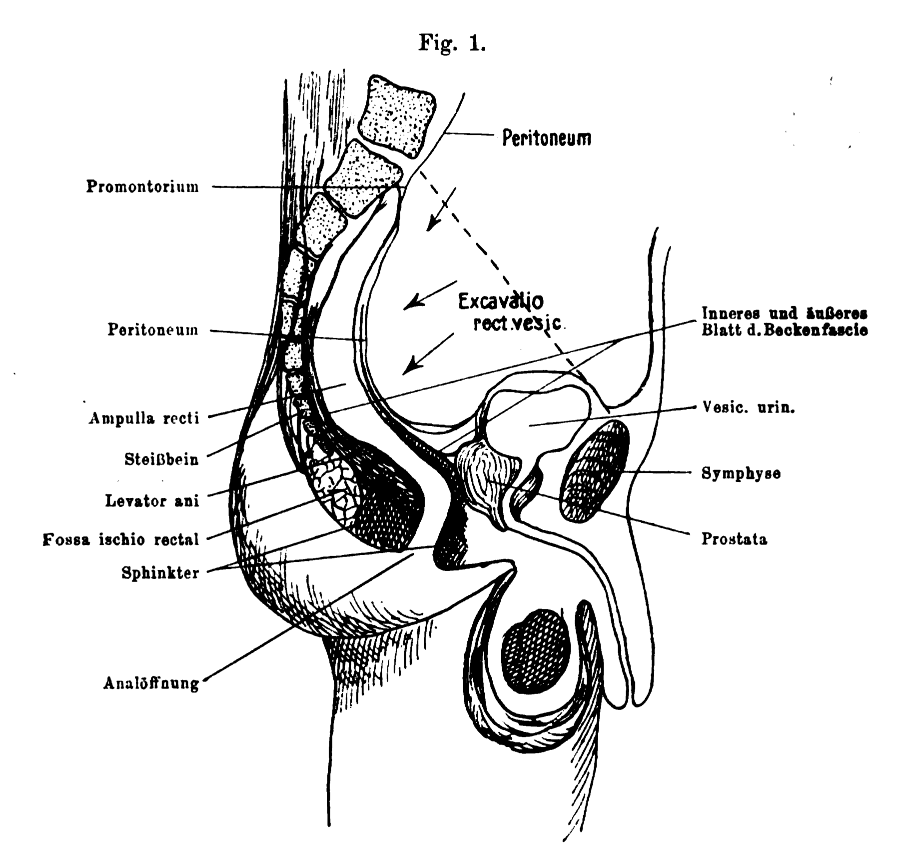
Das häufige Versagen der bisherigen Operationsmethoden gewinnt unter dieser Auffassung ebenfalls eine aufklärende Beleuchtung. Es ist mehr wie begreiflich, daß sich sowohl nach der Resektion als auch nach der Colopexie der Mastdarmvorfall wieder einstellen muß, wenn der stützende Damm nicht ersetzt wird. Die bei der Colopexie intra- oder extraabdominell bewirkte Fixation gibt, wie hinreichend bekannt ist, nach und zieht sich strangförmig aus. Ferner ist uns die Neigung zum Vorfallen des Rektums auch nach hohen Rektumamputationen, welche zur Beseitigung von Karzinomen ausgeführt wurden, aufgefallen. Bei der Exstirpation des Mastdarmes unter Mitnahme der Analportion wird der Beckenboden erheblich beeinträchtigt. Würde man selbst nach einer 20—25 cm hohen Amputation den Darmstumpf primär mit der äußeren Haut vernähen, so wäre später ein großer Prolaps die unausbleibliche Folge. Ich habe deshalb früher[2] empfohlen, in solchen Fällen den Rektumstumpf mehrere Zentimeter unter dem Niveau der äußeren Haut frei in der Wundhöhle liegen zu lassen. Die von außen her sich allmählich gegen den Darmstumpf einziehende Narbe wird später derartig widerstandsfähig, daß sie den stützenden Beckenboden ersetzt und den Prolaps verhindert. Ich erwähne dies hier nur, um zu zeigen, wie groß die Bedeutung des Beckenbodens bezw. eines ihn funktionell vertretenden Ersatzes für die Situationserhaltung des Mastdarmes ist, zumal die Erfahrung auf Beobachtungen beruht, die an eigenen Fällen gemacht worden sind und die bis zu einem gewissen Grade bestimmend für unsere gesamte Auffassung der Pathogenese des Mastdarmvorfalles geworden sind.

Eine kurze Betrachtung der topographisch-anatomischen Verhältnisse diene zur erklärenden Orientierung. Die Ampulle des Mastdarmes liegt normalerweise in der Exkavation des Steißbeines (s. Fig. 1). Das Steißbein bildet also nach hinten den Abschluß des Becken-

[2] Zentralblatt für Chirurgie 1904. Nr. 45.

bodens, der nach vorn zu durch die Muskulatur und die Fascien vervollständigt wird. Die Muskeln, die im wesentlichen in Betracht kommen, sind der Sphincter und Levator ani und in geringerem Maße der M. coccygeus, rectourethralis und transversus perinei. Besonders der M. levator ani fällt durch seine nach innen offene, trichterförmige Anordnung, indem er beiderseits vom knöchernen Becken von vorn her zum Rektum zieht, als Stütze des Beckenbodens sehr ins Gewicht.

Fig. 1.



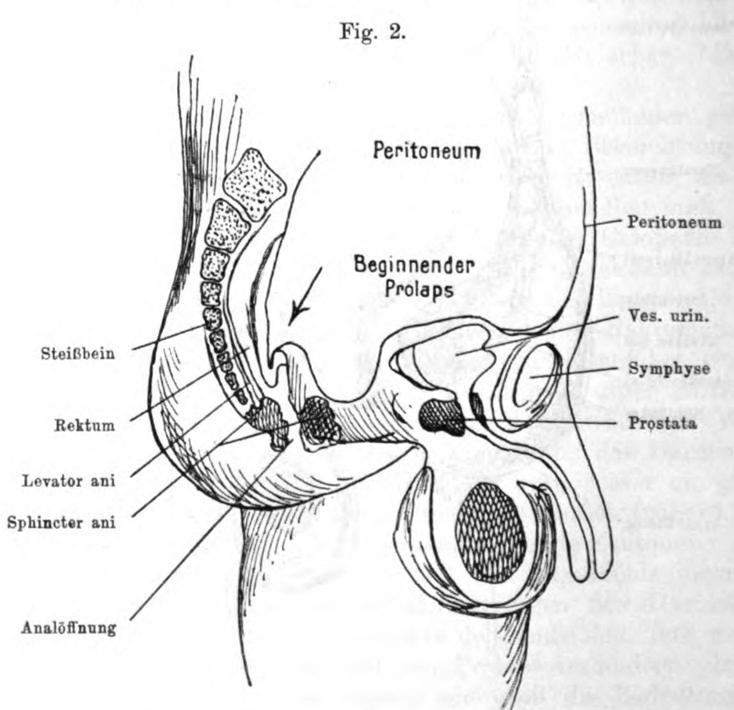
Das Zentrum dieses vom Levator ani gebildeten Trichters wird durch den Sphinkter wesentlich verstärkt, nach vorn durch den M. transversus perinei und die Genitalmuskulatur abgeschlossen und nach hinten durch den M. coccygeus bezw. das Steißbein vervollständigt. Als weitere Verstärkung dient die Fascia endopelvina. Die normale Topographie stellt Fig. 1 im Medianschnitt schematisch dar.

Aus dieser schematischen Übersicht geht hervor, daß einmal eine Veränderung im Bau und in der Stellung des Steißbeines, sodann auch ein Nachlassen des Tonus der Muskulatur resp. eine Atrophie derselben zu Veränderungen des Beckenbodens führen muß (s. Fig. 2 als schematisch gezeichnete anormale Situation). Meistens werden wohl

beide Faktoren bei der Entstehung des Mastdarmvorfalles zusammentreffen.

Es ist anatomisch bekannt, daß bei Kindern die Krümmung des Steißbeines noch keine so ausgeprägte ist, wie beim Erwachsenen, und daß daher die Ampulla recti nicht in einer so vollkommenen Aushöhlung liegt, wie es später der Fall ist. Dazu kommt eine noch geringe Ausbildung der kindlichen Muskulatur und die Kleinheit der ganzen Verhältnisse, welche eine steilere Wandstellung des trichterförmigen Beckenbodens erfordert. Diese Anordnung bedeutet aber eine funktionelle Schwächung der stützenden Kraft des Beckenbodens. Gesellt sich dazu nun ein starker intraabdomineller Druck, so entsteht der Eingeweidebruch unter der Form des Mastdarmvorfalles;

Fig. 2.



der Beckenboden spielt dabei die Rolle der Bruchpforte. Die hintere Umrandung des Afters, die normalerweise, wie ich durch vielfache Messungen gesehen habe, etwa 3—4 cm vor der Steißbeinspitze liegt, tritt viel näher an dieselbe heran.

Beim Kinde treffen die geschilderten Verhältnisse öfters zusammen; daher auch das häufige Vorkommen des Rektumvorfalles im kindlichen Alter. Tritt er in späteren Jahren auf, so sind wohl die anatomischen Verhältnisse meist im kindlichen Stadium der Entwicklung bis zu einem gewissen Grade stehen geblieben, und die Schwäche der Beckenbodenmuskulatur ist eine Teilerscheinung einer allgemeinen körper-

lichen Schwäche. Schwächliche Frauen stellen bekanntermaßen neben den Kindern den größten Prozentsatz der Erkrankten. Immerhin ist das Leiden bei Erwachsenen ein relativ seltenes.

Die auf Beseitigung des Rektumvorfalles abzielende Therapie muß nach dem Gesagten auf eine Wiederherstellung oder Bildung eines gut stützenden Beckenbodens hinarbeiten. Dieser Forderung hat bisher, wenn auch mehr empirisch und in unvollkommener Weise, nur die Massage nach Thure-Brandt Rechnung getragen. Ich habe mit einer operativen Beckenbodenplastik diesem Ziel nahe zu kommen versucht und glaube es in vollkommenster Weise erreicht zu haben.

Die Methode der Beckenbodenplastik, wie ich sie in mehreren Fällen bereits sehr erfolgreich ausgeführt habe, gestaltet sich folgendermaßen: An der Grenze von Haut und Schleimhaut wird nach der für Analoperationen üblichen, nach jeder Richtung hin recht sorgfältigen Vorbereitung (Stuhlentleerung, Sitzbäder, Isoformpaste usw.) die hintere Umrandung des Anus mit einem ℧-förmigen Schnitt (s. Fig. 3) durchtrennt und um das Rektum meist stumpf nach der

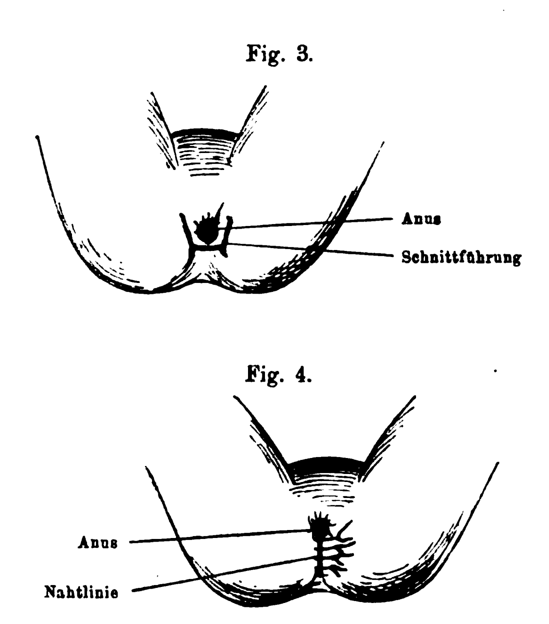


Fig. 3.

Fig. 4.

Tiefe zu 4—5 cm nach vorn abgelöst. Die Blutung ist nicht sehr erheblich; in Frage kommen Äste der Art. haemorrhoid. inferior. Faßt man jetzt die Mitte der beiden Wundränder mit Klemmen und zieht den rektalen Wundrand nach vorn und den anderen nach hinten, so hat man eine trichterförmige Wundhöhle vor sich, die von der Tiefe aus mit starkem Catgut quer in Etagen vernäht wird. Wenn man es für nötig erachtet, kann man die Haltbarkeit der späteren Narbe noch durch die eine oder andere versenkte Drahtsutur erhöhen.

Schließlich werden außen die Wundränder mit feinen Drahtnähten, die sich nicht imbibieren, vereinigt. Es entsteht eine Nahtlinie, wie sie in Fig. 4 gezeichnet ist. Eine Spannung beim Vernähen in der Tiefe ist nicht vorhanden. Es sind ähnliche Verhältnisse, wie sie bei der bekannten Dammplastik nach Lawson Tait vorhanden sind. Eine Strikturierung des Rektums ist unmöglich. Bei der Methode wird vor allem von dem vorhandenen plastischen Materiale nichts geopfert, ein Grundsatz, der überhaupt jeder plastischen Operation zum Vorteil gereicht. Die Primärheilung der Wunde ist natürlich Voraussetzung für den erfolgreichen Effekt.

Die geschilderte Beckenbodenplastik, wie man sie wohl nennen kann, stellt einen im Verhältnis zur Schwere des Leidens geringen und dabei sehr erfolgreichen Eingriff dar. Ich glaube, daß man nunmehr auch bei Kindern, wo eine interne Therapie nicht sehr schnell zum Ziele führt, sich eher als bisher zur operativen Beseitigung des Mastdarmvorfalles entschließen wird.

Ferner brauche ich nur zu erwähnen, daß, wenn man bei einem sehr großen Vorfall eines erwachsenen Menschen auch eine normale Lagerung des S romanum und des Colon descendens intra abdominem zunächst wünscht, einer Colopexie neben der Plastik nichts im Wege steht. Persönlich glaube ich zwar, daß selbst eine derartig unterstützende Maßnahme nach der Beckenbodenplastik im allgemeinen nicht nötig sein wird. Dagegen halte ich eine etwa dreiwöchentliche Bettruhe nach der Operation für wünschenswert.

---

1) **D. H. Craig.** The after-treatment of abdominal sections with eserine salicylate.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Nr. 11.)

C. empfiehlt Eserin- und Atropininjektionen (kombiniert), um der Darmatonie nach Laparotomien vorzubeugen. Er hat dieses Ziel völlig erreicht bei folgendem Verfahren:

Bei Kranken mit normalem Stuhlgang, die auf Abführmittel leicht reagieren, injiziert er 0,001 g, also die Maximaldosis; das ist meist ganz genügend, zumal wenn die Därme leer sind. Im Bedarfsfalle kann diese Dosis bald wiederholt werden. Bei chronischer Verstopfung gibt C. 0,002, bei starker Gewöhnung an Abführmittel und Darmatonie bis 0,003 g; wo eine vorangehende Orientierung nicht möglich ist, 0,0015, event. zu wiederholen. Nach hinreichender Übung sind Wiederholungen sehr selten nötig.

In diesen Dosen darf das Eserin nie angewendet werden ohne Kombination mit Atropin, das alle unerwünschten Nebenwirkungen des Eserins aufhebt, aber die Anregung der Peristaltik unterstützt. Dabei soll das Atropin vor der Narkose gegeben werden, weil es langsamer wirkt und weil es die Schleimsekretion bei der (Äther-) Narkose herabsetzt (Atropin 0,0004 g subkutan kurz vor oder 0,0006 innerlich eine Stunde vor der Narkose). Das Eserin wird nun in einer

Pravazspritze bereit gehalten, um bei der Operation subkutan injiziert zu werden, sobald nach genauer Orientierung feststeht, daß nicht die geringste Gefahr einer Schädigung der subserösen Teile des Darmes besteht. Es soll also nicht angewendet werden, wenn durch Lösung von Verklebungen die Muscularis mit geschädigt wird, auch nicht bei Darmresektionen und Anastomosen, oder wenn infektiöses Material in der Bauchhöhle zurückbleiben könnte. Die Anwendung würde sich praktisch also hauptsächlich auf gynäkologische Operationen beschränken.

Es darf nur das salizylsaure Eserin in frisch bereiteter Lösung verwendet werden.

Schädliche Folgen hat C. nie gesehen außer vorübergehendem Schwächegefühl in einem Fall, in dem kein Atropin gegeben war. Sonst hat er nur günstigen Einfluß auf das Allgemeinbefinden, Verminderung des postoperativen Erbrechens, Abnahme des Leibesumfanges in den ersten 24 Stunden nach der Operation, kurz eine Erleichterung des Verlaufes nach der Operation bei allen Kranken beobachtet, niemals mehr Darmatonie erlebt. **Lengemann** (Bremen).

---

2) **A. Krogius.** Über Frühoperation bei der akuten Appendicitis.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLVI. p. 165.)

Die Arbeit ist als Einleitungsvortrag beim 6. nordischen Chirurgenkongreß geschrieben zur Frage über die Frühoperation bei akuter Appendicitis, um septische Infektion fernzuhalten oder zu begrenzen. Die Resultate, zu welchen Verf. kommt, lauten:

Die Frühoperation bei akuter Appendicitis ist ein unschätzbares Mittel, einen schweren Appendicitisanfall abzuschneiden und die Sterblichkeit bei dieser Krankheit auf ein Minimum zu reduzieren.

Nicht alle Appendicitisanfälle indizieren Frühoperation; dieselbe darf vielmehr in jedem Falle nur auf bestimmte Indikationen hin vorgenommen werden.

In den durchaus leichten Fällen, wo nicht ein Symptom Besorgnisse erregt, und der Verlauf sich als eine nach der Erkrankung stetig fortschreitende Besserung gestaltet, ist jede Operation während des Anfalles unnötig.

Frühoperation ist dagegen angezeigt in allen schweren Fällen von Appendicitis, wo die Symptome eine drohende oder schon eingetretene Perforation andeuten.

Unter den schweren Appendicitisanfällen, so wie sie sich im Anfange gestalten, können zwei klinisch verschiedene Typen unterschieden werden: Die eine, der »Perforationstypus«, ist durch plötzliche Erkrankung charakterisiert mit heftigen Schmerzen und anderen schweren Symptomen. Diese schweren Initialsymptome indizieren schon an und für sich eine unmittelbare Operation. Bei dem anderen, dem »Gangräntypus«, tritt der bösartige Charakter des Anfalles nicht sowohl in der Intensität der Initialsymptome hervor, als in der fortschreitenden

Verschlechterung, die nach dem ersten Krankwerden eintritt. Jede stufenweise hervortretende Verschlechterung der Symptome, sowie ein Wiedereinsetzen schwerer Symptome nach relativer Euphorie, die oft dem Einsetzen der Erkankung folgt, muß als Aufforderung zur Frühoperation benutzt werden.

Unter den einzelnen Symptomen, denen für die Forderung der Frühoperation eine große Bedeutung zukommt, sowohl für sich allein als in Verbindung mit anderen, stehen in erster Linie: diffuse Spannung der Bauchmuskeln, ausgebreitete Druckempfindlichkeit des Bauches, heftige spontane Schmerzen, schwer benommenes Aussehen, schneller und weicher Puls, wiederholte Fieberschauer, Erbrechen, das eine Zeit nach dem ersten Erkranken mit vermehrter Kraft wiederkehrt, völlige Verstopfung u. a. m.

Die Frühoperation bei akuter Appendicitis soll sobald als möglich vorgenommen werden nach dem Einsetzen derjenigen Symptome, die eine Operation indiziert haben, und muß, um auch bei den zu diffuser Peritonitis neigenden Fällen Rettung in Aussicht zu stellen, womöglich in den ersten 36 Stunden nach der ersten Erkrankung bezw. nach Einsetzen der ersten schweren Symptome ausgeführt werden.

Hansson (Cimbrishamn).

---

3) **Tuffier** et **Jeanne.** Les gastrorragies dans l'ulcère simple de l'estomac.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 2—4.)

Die Magenblutungen werden zuerst klinisch eingeteilt in foudroyante, akute und chronische; die ersten fallen aus dem Rahmen der Besprechung, da eine Rettung hier nicht möglich ist; anders gestaltet sich die Frage bei den akuten Blutungen, deren Diagnose zuerst spezialisiert wird; Verff. schließen: eine Magenblutung, welche bei völliger Gesundheit oder nach längerer Magenerkrankung auftritt, stammt aus einem Geschwür, in beliebiger Periode seiner Entwicklung. Je weniger ausgesprochen oder von je kürzerer Dauer bisher die Beschwerden waren, um so oberflächlicher dürfte die Zerstörung der Schleimhaut sein, um so ungehinderter die Manipulation des Absuchens, aber auch um so schwieriger mitunter die Auffindung der blutenden Stelle.

Die Zahl tödlicher Blutungen wird von Leube auf 8%, von Bramwell auf 1,28% der Geschwüre berechnet. T. schließt sich dem ersteren an. Im allgemeinen kommen die Todesfälle auf jene schnell tötenden, keiner Behandlung zugänglichen Blutungen, und bei den anderen leistet die moderne innere Behandlung — absolute Enthaltung von ossaler Nahrungs- und Wasserzufuhr — Adrenalin tropfenweise gestattet — Eis auf den Magen, Kochsalzlösung subkutan oder intravenös, Gelatine oder Kalziumchlorid rektal — außerordentlich viel.

Trotzdem gehört das blutende Geschwür vom ersten Augenblick an zur Domäne des Chirurgen, damit er nach einer zweiten, spätestens dritten Blutung, welche die Insuffizienz innerer Therapie bewies, sofort einschreiten könne. Die Indikationsstellung läßt sich nicht

anders begründen, weder auf die Zählung der roten Blutkörperchen, da Kranke mit 1200000 noch durchkommen, noch auf die Menge des auf einmal erbrochenen Blutes, die unsicher zu bestimmen ist. Freilich ist die Aufgabe des Chirurgen, die Blutung operativ zu stillen, höchst dornenvoll, und Verff. schildern die Lage des Operateurs, der beim ausgebluteten Kranken nach der blutenden Stelle vergeblich sucht, mit packender Anschaulichkeit. Recht entmutigend waren die ersten Anfänge der chirurgischen Behandlung der Magenblutung: von 15 Operierten starben 10 (Savariand 1898). Doch möge man nicht vergessen, daß die Geschichte der Eingeweidechirurgie für alle Operationen das gleiche lehrt, und daß schon seither die Mortalität von 67% auf 37% gesunken ist. Besonderen Wert legen Verff. daher auf genaue Kenntnis der Technik. Von allen bisher verwendeten Methoden lassen sie nur zwei gelten: bei kleinen Erosionen und flachen Geschwüren, die durch Eversion des frei beweglichen, breit inzidierten Magens, event. mit Hilfe elektrischer Stirnlampen gesucht werden müssen, die Schleimhautnaht; bei kallösen, verwachsenen, geschwulstähnlichen Geschwüren, wenn die Exzision nicht möglich ist, die Abbindung der zuführenden Gefäße; die Thermokauterisation ist zu verwerfen. Mit großer Sorgfalt wird in Heft 4 die Aufsuchung der zuführenden Artt. gastroduodenalis, coronaria super. und splenica beschrieben, was wohl nirgends so genau zu finden sein wird. Zur Heilung chronischer Hämorrhagien hat man die Gastroenterostomie empfohlen; sie genügt oft — aber nicht immer.

An der günstigen Heilungsziffer wird man für die Allgemeinheit noch einige Abstriche machen müssen; trotzdem ist die empirische Anregung der Verff. nur zu begrüßen und dem Studium zu empfehlen.

Christel (Metz).

---

4) **v. Tabora.** Zur Pathologie des Magenkarzinoms.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

Nach Besprechung der Bedeutung des Milchsäurebefundes und der langen Bazillen für die Diagnose hebt v. T. als ein sehr wichtiges diagnostisches Moment, das oft schon vor allen anderen in die Erscheinung tritt, das Vorkommen nämlich von stecknadelkopfgroßen und noch kleineren, oft nur mikroskopisch als solche erkennbaren Blutgerinnseln hervor. Während Verf. der operativen Therapie des primären und sekundären Pyloruskarzinoms sehr das Wort spricht, mag dieselbe in der Radikaloperation oder Gastroenterostomie bestehen, hält er das Karzinom der kleinen Curvatur für ein Noli me tangere.

Borchard (Posen).

---

5) **Cannon and Blake.** Gastro-enterostomy and pyloroplasty.

(Annals of surgery 1905. Nr. 5.)

Verff. haben bei mehreren Katzen teils die Gastroenterostomie, teils die Pyloroplastik ausgeführt, die Tiere durch mit Wismut gemischter Kost ernährt und im Röntgenbilde den Gang des Speise-

breies beobachtet. Die Beobachtungen lassen sich in folgendem zusammenfassen: Der Magen ist in andauernder Bewegung, solange sich noch Speisereste in ihm finden; dabei werden die letzteren andauernd nach dem Pylorus getrieben und in der Pylorusgegend vorwiegend durch die Säfte verdaut und verkleinert. Der Magen stellt sich während der Verdauung immer mehr senkrecht, so daß schließlich der Pylorus am tiefsten steht; außerdem findet während der Entleerung des Magens eine Verkürzung desselben statt. Wenn eine Gastroenterostomie gemacht war, so zeigte es sich, daß die Speisen weniger durch diese Öffnung in den Darm passierten, sondern daß sie mehr an dem Stoma vorbei zum Pylorus getrieben wurden und lieber durch diesen in den Darm gelangten. Dieses fand auch statt, selbst wenn der Pylorus künstlich verengert war. Hierbei hatte es keine Bedeutung, ob die Anastomose an der vorderen oder hinteren Magenwand angelegt war. Ein Circulus vitiosus, d. h. ein Hindurchtreten von Mageninhalt in den proximalen Teil der Anastomose und von hier wieder in den Magen wurde an den Tieren beobachtet, ohne daß es aber zu den bekannten klinischen Symptomen von Erbrechen usw. kam; nur wenn eine Knickung der abführenden Schlinge stattfand, kam es zum Erbrechen. Je stärker der Magen angefüllt war, um so weniger ging durch die Anastomose in den Darm; die Verbindung zwischen Magen und Darm wird bei starker Anfüllung des Magens schlitzförmig verengt. Aus diesen Gründen ist nach den Verff. der Pyloroplastik namentlich nach der von Finney (referiert in diesem Blatte) angegebenen Methode (Gastroduodenostomy) der Vorzug vor der Gastroanastomose zu geben. In physiologischer Beziehung spricht hierfür noch der Umstand, daß der Chymus, nur wenn er durch den Pylorus geht, mit Pankreassaft und Galle gemischt wird, und daß sich nach Gastroenterostomie Geschwüre im Jejunum oder Ileum bilden können.

Herhold (Altona).

---

6) **A. Lane.** Chronic constipation and its medical and surgical treatment.

(Brit. med. journ. 1905. April.)

L. setzt des näheren seine mechanische Theorie der chronischen Verstopfung auseinander. Eine oft schon in der Kindheit infolge unzweckmäßiger Ernährung einsetzende Überdehnung des Dickdarmes mit Gas erzeugt durch Knickung und die Schwere von Blind- und aufsteigendem Dickdarm einerseits, wie Querkolon anderseits einen scharfen Winkel an der Flexura hepatica. Diese Knickung und eine ähnlich entstehende an der Flexura lienalis erschweren dem Darminhalt die Fortbewegung. Entzündliche Vorgänge im Darme sind die Folgen der Kotstauung und erzeugen ihrerseits wiederum peritonitische Verwachsungen, welche den Dickdarm in seiner fehlerhaften Lage vollends fixieren. In den meisten Fällen hat eine Appendicitis ihre erste Ursache in einer solchen coecalen Kotstauung mit nachfolgender Fixierung von Blinddarm und Appendix an unrechter Stelle. Ein

weiteres Hindernis für die Darmentleerung ist die Atrophie der Bauchmuskeln als Folge der Korsetteinschnürung und der direkte Druck des Korsetts auf die beiden Dickdarmflexuren unter dem Rippenrande. Die Fixierung der Därme durch peritonitische Stränge erschwert die Peristaltik und führt so zur Muskelatonie. Im Becken können die peritonitischen Verwachsungen des herabgesunkenen Blinddarmes und der Flexura sigmoidea Tube und Ovarium völlig einhüllen und Sterilität erzeugen. Eine weitere Folge der chronischen Überdehnung und Überfüllung des Dickdarmes ist die Erschwerung der Dünndarmperistaltik, so daß die Muskelatonie weiter nach oben fortschreitet. Ferner kann es mechanisch zu Magenstörungen, ja zur Magendilatation kommen durch den Zug des überfüllten und herabhängenden Querkolon, besonders in aufrechter Stellung. Durch den gleichen Zug des Colon ascendens und descendens und durch den Fettschwund werden die Nieren beweglicher.

Klinisch sind zu beachten die Empfindlichkeit und Ausfüllung der Blinddarmgegend; zuweilen kann man den Blinddarm in seinen Umrissen erkennen und abtasten. Die Empfindlichkeit läßt nach im Liegen. Ähnliches gilt für Colon transversum und Flexura sigmoidea, wenn auch nicht so häufig und nicht so ausgesprochen. Sehr oft findet eine Verwechslung mit Appendicitis statt, und erst die erfolglose Entfernung des Wurmfortsatzes erweist die wahre Krankheitsursache.

Die chronische Autointoxikation des Körpers zeigt sich in frühzeitigem Altern, Ermüdbarkeit, Mangel an Körperbewegung, Unlust, Verlust an Willenskraft und Widerstand, Trockenheit und Atrophie der Haut, bräunlich-schmutziger Färbung der Haut, Abmagerung und ihren Folgen: Enteroptose.

Therapeutisch schlägt L. vor, wenn alle internen, physikalischen und diätetischen Mittel erschöpft sind, bei Männern operativ alle Verwachsungen zu lösen, bei Frauen das untere Ileum in die Flexura sigmoidea einzupflanzen und so das Kolon auszuschalten. Er empfiehlt die Operation dringend als »äußerst einfach«(!) und sehr erfolgreich, vorausgesetzt, daß das Leiden nicht schon zu lange bestanden hatte.

W. Weber (Dresden).

---

7) **H. Lorenz.** Ein Beitrag zur Lehre von der Invagination.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 7.)

Anknüpfend an drei in der Hochenegg'schen Klinik in Wien operierte Fälle von Invaginationen bei Kindern gibt L. etliche originelle Erörterungen zur Theorie der Invaginatio ileo-coecalis. Zur Ermöglichung dieser Invaginationen bedarf es weniger ungewöhnlich langer Mesenterien bezw. Mesocola, wie sonst wohl angenommen wird, als vielmehr abnorm beweglicher, nicht ausreichend an der Bauchhöhlenwand fixierter Dickdärme. Nur eine freie Beweglichkeit von Colon ascendens gestattet das tiefe Herabwandern dieses Darmteiles. L. hebt ferner hervor, daß die Ileo-coecalklappe, entgegen den Angaben von

Leichtenstern, anscheinend nicht so häufig die eigentliche Spitze des Invaginatum darstellt, als bisher für ausgemacht galt. Ebenso wie die Einstülpung von Meckel'schen Divertikeln ins Darminnere und kleine bewegliche polypöse Darmgeschwülste bekanntlich häufig den ersten Anlaß einer Invagination geben und dann die Spitze des Invaginatum bilden, ebenso scheint ein dem Prolapsus ani bezw. recti analoger Vorfall von Dünndarm durch die Klappe in den Blinddarm hinein oder eine sich umkrempelnde Einstülpung des Blinddarmes selbst in die Dickdarmlichtung hinein oft der erste Anfang von Invaginationen zu sein. Diese sind also als Invaginationes ileo-colicae oder coeco-colicae zu betrachten. Daß dem so ist, lehren zwei von L. abgebildete Präparate, das eine ein Museumspräparat, das andere bei einer der berichteten Operationen durch Resektion gewonnen. Im ersten Falle bildet nicht die Bauhin'sche Klappe, sondern der Schleimhautwulst eines evertierten Ileumstückchens die Invaginatumspitze, im zweiten Falle zeigt sich der Coecumblindsack primär umgekrempelt. Auch der Umstand, daß bei operativ vorgenommenen Desinvaginationen häufig das zu allerletzt zu entwickelnde Darmeinschiebsel, nämlich das Blinddarmende, schwerer zu entwickeln ist und es hierzu eines Zuges am Processus vermiformis bedarf, zeigt, daß L.'s Ansichten richtig sind.

Experimentell kann man, wie L. ferner mitteilt, an Kinderleichen mit gut beweglichem Colon ascendens sämtliche Varietäten der Invagination von Dünndarm in Dickdarm gut konstruieren, wenn man einen Schnitt ins Colon transversum macht und von diesem aus beliebig den Coecumblindsack, die Bauhin'sche Klappe oder einen künstlich erzeugten Prolapsus ilei in den Blinddarm einstülpt. Die so gemachten Versuchspräparate sind sehr übersichtlich und geben gute topographische Orientierung. L. bildet mehrere derselben ab und erläutert die Ähnlichkeit ihrer Verhältnisse mit denen, die sich an den von ihm abgebildeten von Kranken gewonnenen Präparaten finden.

Von drei berichteten Operationsfällen ist einer, zu spät — am 5. Krankheitstage — in Behandlung gekommen, gestorben. Unter den beiden genesenen mußte, wie erwähnt, einer reseziert werden, wobei die gewöhnliche Darmringnaht zur Anwendung kam.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

8) **W. v. Greyerz.** Über die oberhalb von Dickdarmverengerungen auftretenden Darmgeschwüre.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 57.)

Die sehr gründliche Arbeit knüpft an zwei wohlbeobachtete Fälle aus dem Spital in Chaux-de-Fonds (de Quervain) an, worauf Zusammenstellung von 29 älteren gut beschriebenen Fällen folgt, um mit einer erschöpfenden Allgemeinbesprechung des Leidens zu schließen. Der erste eigene Fall v. G.'s betrifft ein stark strikturierendes Karzi-

nom am unteren Ende des Colon sigmoideum. Oberhalb hiervon fanden sich bei der Sektion zahlreiche Dickdarmgeschwüre in den verschiedensten Veränderungsstadien von leicht erodierten Stellen bis zu 9 cm im Längendurchmesser haltenden großen Wanddefekten. Die wichtigsten geschwürigen Veränderungen sitzen im Blinddarm, dessen Wurmfortsatz auch entzündlich verändert ist. Mikroskopisch: Atrophie der Schleimhaut, Infiltration und Verdickung an der Submucosa, nirgends Zeichen von Blutstauung an den Gefäßen. In Fall 2 handelt es sich um chronische Verlegung des Mastdarmes, ausgehend von einem Uteruskrebs. Die wichtigsten bei der Sektion gefundenen Geschwüre sitzen im Wurmfortsatz und an seiner Einmündungsstelle in den Blinddarm. Der Fortsatz bietet im Innern eine einzige Geschwürsfläche, Schleimhaut geschwunden, die übrigen Schichten hypertrophiert und kleinzellig infiltriert. An der Wurmfortsatzeinmündungsstelle eine sequesterartig isolierte, völlig von Blut infiltrierte Partie der Mucosa und Submucosa im Zentrum eines Geschwürs mit unterminierten Rändern. Umgebende Darmwand durchweg stark kleinzellig infiltriert, aber ohne Hyperämie. Die derselben entsprechenden Gefäße teilweise thrombosiert.

Die fraglichen Geschwüre finden sich am häufigsten, wenn es sich um Dickdarmverengerungen karzinöser Natur handelt; denn in dem von v. G. gesammelten Materiale (31 Fälle) finden sich 20 Karzinome. Der häufigste Sitz der Striktur war die Flexur (9 Fälle). Wie die Strikturen, so sitzen auch die oberhalb derselben eintretenden Ulzerationen am häufigsten im Dickdarm. Für die Ausdehnungsfähigkeit des letzteren, welche bei der Genese der Ulzeration die wichtigste Vorbedingung ist, spielt der Darmabschluß an der Ileocoecalklappe eine bedeutende Rolle, wennschon über deren physiologische Leistungskraft sicheres nicht bekannt ist. Statistisch ergibt sich ferner, daß der Blinddarm die Prädilektionsstelle für solche Geschwüre ist, und erklärt sich dieser Umstand daraus, daß der Blinddarm auch gerade der Dickdarmteil ist, welcher oberhalb tiefsitzender Darmverengung die größte Ausdehnung erfährt. Weshalb dies der Fall, ist aus physikalisch-mechanischen Gründen leicht begreiflich: Das Volumen des Blinddarmes ist größer als das der übrigen Dickdarmabschnitte, umgekehrt aber die Dicke seiner Wandungen geringer als an diesen. Bei solchen Bedingungen muß bei eintretender Luftaufblähung ein größerer und dabei dünnwandigerer Teil stärkere Dehnung erfahren. Im übrigen hat Kocher darauf aufmerksam gemacht, daß ein irgendwie gedehnter Darmteil auch eine venöse Stauungshyperämie erfährt.

Im Anschluß hieran hat Prutz versucht, die Ulzerationsbildung dadurch zu erklären, daß sich an die venöse Stauung Thrombose, Blutung und schließlich Nekrose anschließen soll. v. G. teilt diese Anschauung nicht, da sie durch die histologische Untersuchung in seinen Fällen nicht gestützt wird. Vielmehr sucht er den Grund für die Geschwürsbildungen außer in der Ernährungsstörung durch Darmüberdehnung in der Gegenwart pathogener Mikroorganismen in dem

gestauten, sich zersetzenden Inhalt innerhalb des überdehnten Darmes. — Literaturverzeichnis von 30 Nummern zum Schluß der Arbeit.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

9) **C. McBurney.** The surgical treatment of haemorrhoids.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Nr. 9.)

B. warnt vor der allgemeinen Anwendung der radikalen Exstirpation von Hämorrhoiden nach Whitehead, weil danach zu häufig Retraktion der zirkulär losgelösten Schleimhaut mit folgender Strikturbildung eintritt. In manchen Fällen kommt man mit kleinen Palliativoperationen völlig aus: Inzision und Ausräumung des Gerinnsels aus einem Knoten, der Quelle einer Blutung war; Sphinkterdehnung, wenn ein abnormer Kontraktionszustand des Sphinkter nachzuweisen ist, der das Abschwellen äußerer Hämorrhoiden hindert. In den übrigen schweren Fällen genügt in der Regel die Umschneidung und Exzision von einem, zwei oder höchstens drei Knoten, die meist zu der Rückbildung der übrigen Knoten führt, deren Beseitigung man sich etwa für eine spätere Operation vorgenommen hatte. Mehr als drei Knoten rät B. nie zu entfernen, lieber später noch einmal zu operieren. So gelingt es, die Kranken ohne jede Gefahr rasch und sicher zu heilen. Auf genaue Ausführung der Technik, die er eingehend beschreibt, und auf sorgfältige Nachbehandlung legt B. großen Wert. Die Entscheidung, welche Knoten zu operieren sind, ist vor der Narkose und vor der (immer auszuführenden) Sphinkterdehnung zu treffen, weil die danach oft reichlich vorquellende Schleimhaut die Erkenntnis erschwert, was zu entfernen und was zu erhalten ist.

Lengemann (Bremen).

Kleinere Mitteilungen.

10) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

149. Sitzung vom 10. Juli 1905.

Vorsitzender: Herr Israel.

I. Herr Karewski: Krankenvorstellungen.

a. Extremitätentumoren.

1) Enchondrom des dritten rechten Metacarpus bei einem 11jährigen Knaben, vor $1^1/_2$ Jahren, ohne daß eine Funktionsstörung zurückgeblieben ist, entfernt. Die Geschwulst war in 2 Jahren langsam nach dem Handteller gewachsen. Die Diagnose Enchondrom wurde durch Röntgographie und mikroskopische Untersuchung bestätigt.

2) Myelogenes Sarkom des linken Tibiakopfes. 21jähriges Mädchen erkrankte mit Beschwerden beim Gehen, bekam dann eine flache Schwellung der unteren linken Kniegrenze. Diagnose Sarkom, durch das Röntgenbild gesichert. K. exstirpierte die in den Zwischenknochenraum gewucherte Geschwulst mit unterem seitlichen Lappenschnitt in toto; es blieb nur die äußere Kante des Tibiakopfes und ein Rest des Gelenkknorpels erhalten; glatte Heilung; seit $1^1/_2$ Jahren kein Rezidiv. Gute Funktion des Gelenkes, das zur Sicherheit durch eine artikulierte Schiene gestützt wurde. Mikroskopische Diagnose: Sarcoma fusi-giganto-cellulare.

3) Chondrosarkom des Femur. 31jähriges Mädchen, bei dem sich eine Geschwulst am linken inneren Condylus femoris entwickelt hatte. Diagnose: Tuberkulose oder Sarkom. Operation (Februar 1903) zeigt ein Enchondrom, das tief herausgemeißelt wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab reines Enchondrom. November 1903 wegen Rezidiv Resektion des ganzen inneren Condylus, anscheinend im Gesunden. Mikroskopisch wurde jetzt Rundzellensarkom mit geringen knorpligen Partien festgestellt. Februar 1904 kolossales Rezidiv. Exarticulatio femoris. Bis jetzt geheilt; Pat. zeigt einen blühenden Gesundheitszustand.

b. Seltene Fälle von Osteomyelitis.

1) Osteomyelitis des absteigenden linken Schambeinastes. 9jähriger Knabe erkrankte Dezember 1904 infolge geringfügigen Traumas 14 Tage nach einer Angina mit Schmerzen in der linken Hüftgegend und hohem Fieber. 36 Stunden später septische Erscheinungen, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der linken Hüftbeuge; Gelenk frei. Die Operation führt auf einen Abszeß in der Gegend des Foramen obturat. und rauhen Knochen. Resektion des absteigenden Schambeinastes bis zum Sitzknorren. Glatte Heilung ohne Funktionsstörung. Schon nach 8 Wochen ließ sich durch das Röntgenbild der beginnende Wiederersatz des entfernten Knochenstückes nachweisen.

2) Totalnekrose der rechten Unterkieferhälfte bei einer 79jährigen Frau, die mit den Erscheinungen einer Mundbodenphlegmone erkrankt war.

II. Herr Holländer: Retentionscyste des Pankreas und Icterus gravis, durch einen in der Papille inkarzerierten Pankreasstein verursacht. Entfernung des Steines, Heilung.

Fehlen jeglicher anamnestischer Beschwerden. Pat. wird wegen stark gestauter Leber und mäßiger Milzschwellung zunächst auf hypertrophische Lebercirrhose behandelt. Nach Feststellung der Diagnose Choledochusverschluß lehnte Pat. die Operation ab, da er beschwerdefrei war. Nach 3 Wochen vollkommen verändertes Bild. Eine früher nur andeutungsweise vorhandene Resistenz im Hypogastrium hat sich in eine große, runde Geschwulst verwandelt. Die Lebergrenzen jetzt stark zurückgegangen. Enorme Beschwerden durch ewigen Brechreiz. Präkordialangst und Ödeme an Händen und Füßen. H. findet bei der Operation eine Pankreascyste mit exquisit galligem Inhalt. Er nimmt an, daß die gestaute Galle den Druck im Ductus Wirsungianus überwunden, und daß dadurch die zunächst kleinere Pankreasretentionscyste durch den Übertritt von Galle sich plötzlich enorm gefüllt habe. Nach der Entfernung des kohlensauren Steines Gallenfluß per vias naturales, Pankreasfistel und Fettstühle. Nach 2 Monaten Heilung.

Diskussion: Herr Körte hat einen ähnlichen Fall erlebt. Er demonstriert an einer Skizze, daß der Übertritt von Galle aus dem Choledochus in den Ductus Wirsungianus bei Vorhandensein eines Steines in der Papille möglich ist und erwähnt, daß das auch experimentell schon von Haller und von ihm nachgewiesen ist.

III. Herr Holländer: Demonstration einer seltenen Geschwulst an der Innenseite des Oberschenkels. Dieselbe stellt einen Naevus hypertrophicus subcutaneus vor.

Beim Schnitt durch die Geschwulst kommt man durch drei Epidermisschichten. Die Geschwulst war sekundär nach der Haut durchgebrochen und zeigt einen Hohlraum, in dem die hypertrophischen Papillen flottieren.

IV. Herr Israel: Zur Diagnose der Nebennierengeschwülste.

Die Diagnose der Nebennierengeschwülste liegt sehr im argen. Besonders ihre Unterscheidung von Nierentumoren wird meistens für unmöglich gehalten.

I. zeigt an der Hand von 9 eigenen Beobachtungen, denen ca. 100 Operationen maligner Nierengeschwülste in differentialdiagnostischer Beziehung ergänzend zur Seite stehen, daß die Diagnose häufiger, als bisher angenommen, gestellt werden kann.

Dagegen ist bisher die Unterscheidung von pararenalen Tumoren, die aus versprengten Nebennierenkeimen oder Resten des Wolff'schen Körpers entstehen, nur

möglich, wenn Bronzefärbung besteht. Besonders schwierig wird die Unterscheidung von Nierentumoren, wenn Hämaturien bestehen. Sie kommen bei Nebennierentumoren vor, wenn die Geschwulstbildung auf die Niere übergegriffen hat, oder wenn bei intakt gebliebener Niere maligne retroperitoneale Drüsen die Vena cava durch Umwachsung komprimiert oder durch Durchwachsung thrombosiert haben.

I.'s Beobachtungen lassen sich hinsichtlich des Krankheitsbildes und der diagnostischen Kriterien in fünf Kategorien rubrizieren.

1) Es ist weder ein Tumor, noch eine Verdrängung der Niere fühlbar. Kein örtliches Symptom, keine Harnveränderung weist auf eine Erkrankung der Niere oder Nebenniere. Nur das Vorhandensein eines malignen Prozesses ist aus multiplen Metastasen zu erschließen.

Dann ist die Diagnose unmöglich.

2) Es ist kein Tumor fühlbar, aber Hämaturien, Schmerzparoxysmen und Parästhesien im Gebiete des Plexus lumbalis weisen auf eine Erkrankung der Niere oder Nebenniere; wenn man Nierenstein ausschließen kann (Röntgenbild, Parästhesien), wenn Abmagerung und Kräfteverfall vorhanden ist, erwacht der Verdacht auf maligne Neubildung. Für den Sitz der Neubildung in der Nebenniere sind unter solchen Umständen zwei Symptome verwertbar:

a. Schmerzparoxysmen und Parästhesien bei unfühlbarem Tumor.

b. Fieberhafter Verlauf.

Die Schmerzanfälle entstehen bei Nieren- wie bei Nebennierentumoren durch Übergreifen der Geschwulst auf die Wurzeln des Plexus lumbalis. Bei Nebennierentumoren kann dieses sehr frühzeitig geschehen wegen der unmittelbaren Nachbarschaft der Organe. Bei Nierentumoren dagegen findet die Durchwachsung der Kapsel meistens erst sehr spät statt, wenn der Tumor eine so beträchtliche Größe erreicht hat, daß er fühlbar ist.

Fieberbewegungen sind ein bisher unbekanntes Symptom der Nebennierentumoren. I. hat es in 57% seiner Fälle beobachtet, während es bei seinen Nierentumoren nur in 1—2% der Fälle vorgekommen ist.

Wenn trotz Unfühlbarkeit eines Tumors Gründe für die Annahme einer malignen Erkrankung der Niere oder der Nebenniere vorhanden sind, dann sprechen Schmerzparoxysmen und Parästhesien im Gebiete des Lumbalplexus und Fieberbewegungen zugunsten eines Nebennierentumors.

3) Es ist ein Tumor fühlbar, der nur der Nebenniere angehört, während die Niere unbeteiligt und unfühlbar ist. Die Diagnose kann gestellt werden, wenn ein Tumor unter dem Rippenbogen in die Bauchhöhle eintritt, dessen Entwicklung unter unregelmäßigem Fieber erfolgt, und wenn die Niere, die Gallenblase und die Leber als Ausgangspunkt ausgeschlossen werden können. Die diagnostischen Kriterien werden durch Zeichnungen und Präparat eines Falles erläutert.

4) Es ist eine von der Nebenniere ausgehende Geschwulst fühlbar und gleichzeitig lateral oder lateral und hinten von ihr durch Palpation deutlich trennbar der untere Abschnitt der unveränderten Niere.

Diese Kategorie ist der Diagnose am zugängigsten, weil eine Verwechslung mit Nierentumor ausgeschlossen ist.

Kommen noch andere Symptome hinzu, wie in einem Falle Addison'scher Pigmentierung und Fieber, im anderen Schmerzparoxysmen und Fieberanfälle, dann ist die Diagnose sicher zu stellen.

5) Es ist ein Tumor zu fühlen, der aus der Verschmelzung des Nebennierentumors mit der Niere hervorgeht, ohne daß die beiden Komponenten der Geschwulst durch die Palpation zu sondieren sind. Die Niere kann entweder in der Geschwulst aufgegangen oder, an sich unverändert, von ihr umwachsen resp. ihr fest adhärent sein. Hier erwachsen der Diagnose die größten Schwierigkeiten. Die Palpation kann nur verwertbare Aufschlüsse geben, solange der Tumor den Rippenrand noch nicht weit überragt. Dann kann er sich von Nierentumoren hinsichtlich der Beziehung zum Rippenbogen und der Form unterscheiden. Nierentumoren, wenn sie nicht mobil sind, werden bei ihrem Hervortreten aus dem Brustkorbe zuerst zwischen 9. und 11. Rippe gefühlt. Nebennierentumoren kommen weiter median unter

dem Rippenbogen hervor, ihre vordere Grenze schneidet den 8., ja den 7. Rippenknorpel. Daher muß ein aus Nebenniere und Niere verschmolzener Tumor schon bei seinem Hervortauchen aus der Thoraxapertur von einem breiteren Abschnitte des Rippenbogens bedeckt sein, als ein Nierentumor. Nun gibt es auch Nierentumoren, die sich in der Breite von der 8.—11. Rippe erstrecken, aber dann ragen sie auch proportional weit in den Bauchraum hinab, weil sich die Nieren durch maligne Entartung gewöhnlich in allen Durchmessern unter ungefährer Beibehaltung ihrer ovoiden Form vergrößern. Daraus resultiert der Unterschied der Form zwischen dem palpablen Abschnitt eines Nierentumors und einer aus der Verschmelzung von Nebenniere und Niere hervorgegangenen Geschwulst.

Bei den Verschmelzungstumoren bildet die untere Kontur einen flachen Bogenabschnitt von bedeutender Breiten- und geringer Längsausdehnung.

Bei Nierentumoren zeigt die Kontur eine mehr oder minder ausgesprochene elliptische Begrenzung mit deutlichem unteren Pol.

I. erläutert jede Gruppe durch Krankengeschichten, Wandtafeln und Präparate.

V. Herr Neuhäuser: Über einige unbekannte Typen der Nierenhypernephrome; mit epidiaskopischer Demonstration.

Die für gewöhnlich als Hypernephrome bezeichneten Nierengeschwülste unterscheiden sich von der normalen Nebenniere dadurch, daß man an ihnen nicht deutlich die verschiedenen Schichten dieses Organes unterscheiden kann; ferner enthalten die sogenannten Hypernephrome meist kolossale Fettmengen, so daß ihre Parenchymzellen nach Alkoholbehandlung farblos erscheinen. N. demonstriert nun einen Fall eines rapid wachsenden Nierentumors, der aufs deutlichste die Zona glomerulosa und die Zona fascicularis der Nebenniere erkennen läßt; auch die einzelnen Zellen gleichen vollkommen denen der Nebenniere, sie enthalten nicht mehr Fett wie diese und färben sich daher mit Pikrinsäure ebenso gelb wie diese, ganz im Gegensatz zu den Elementen der gewöhnlichen Hypernephrome, deren Zelleib farblos bleibt.

Die zwei nächsten Fälle sind Hypernephrome, deren Geschwulststroma entsprechend dem Verlaufe der Gefäße in Wucherung geraten ist; die Stromazellen, welche z. T. schon recht große Kerne haben, engen die Parenchymzellen ein, indem sie sich zwischen denselben einschieben und sich ihnen bogenförmig anlagern.

Zwei weitere Fälle zeichnen sich dadurch aus, daß sie ebenfalls stark wucherndes Stroma mit großen Kernen enthalten, außerdem aber echtes, polymorphzelliges Sarkom. Letzteres hat sich aus ersterem entwickelt und hat das Tumorparenchym des Hypernephroms überwuchert. Das Sarkom des letzten der beiden Fälle ist charakterisiert durch kolossale Riesenzellen mit vielen Kernen der verschiedensten Form, welche sich besonders reichlich auch in der Milzmetastase finden.

Das Eigenartige an diesen Fällen ist, daß sich in einer Geschwulst durch Wucherung des spärlichen Stromas eine neue Tumorart gebildet hat, die das ursprüngliche, fast nur aus Parenchymzellen bestehende Geschwulstgewebe zerstört, sich also ihm gegenüber verhält wie sonst die Tumorzellen zu dem normalen Organe, das sie befallen.

VI. Herr Roeder: Demonstration von zwei Präparaten.

a. Das erste Präparat stammte von einer Lungenaktinomykose und ist dadurch bemerkenswert, daß bei der Sektion neben aktinomykotischen Abszessen in der Niere ein ebensolcher von Erbsengröße im sonst intakten Myokard gefunden wurde. Es ist dies ein seltener Befund; häufiger kommt es zu sekundären Affektionen des Herzens durch Übergreifen des Krankheitsprozesses von außen auf das Perikard und von ihm auf das Myokard.

b. Das zweite Präparat stellte eine doppelseitige Hydronephrose mit Erweiterung der Ureteren ohne bekannte Ursache vor: ein Junge erkrankte im Alter von 2 Jahren mit Enuresis und Ischurie, ohne daß eine Ursache gefunden wurde. Allmählich kam es zu Hydronephrosenbildung. Der Urin wurde schließlich trübe, eitrig, und im Alter von 16 Jahren ging der betreffende an Urämie zugrunde. Ein Hindernis war weder in der Harnröhre noch an der Prostata, noch auch in der Blase oder an den Harnleitermündungen zu erkennen. Es kann sich also nur um

eine nervöse Störung der Blasenfunktion gehandelt haben, die eine völlige Entleerung des Urins unmöglich gemacht hat.

VII. Herr Schlesinger: Über Prostatektomie.

S. berichtet über Erfahrungen, welche an zehn von Prof. Israel ausgeführten Fällen von Prostatektomie gemacht worden sind. Cystitis bildete keine Kontraindikation, Pyelitis auch keine absolute. Es wurde meist die suprapubische Prostatektomie gemacht 1) weil sie die technisch einfachere Operation ist, 2) weil sich ein vergrößerter Mittellappen meist sehr schwer vom Perineum aus entfernen läßt. Die Urethra prostatica wurde ganz oder teilweise mit entfernt. Die Art der Drainage richtete sich nach der Schwere der Cystitis; meist wurde die Urethrotomia ext. angeschlossen, nur bei ganz aseptischer Blase vollkommen vernäht und ein Dauerkatheter eingeführt. Die Dauer der Drainage richtete sich ebenfalls nach der Schwere der Cystitis. Man ließ die Pat. sehr bald nach der Operation aufstehen. Die Narkose war in den letzten Fällen Stovain-Rückenmarksanästhesie mit gutem Erfolge. Die Resultate sind folgende: ein Pat. ist 3 Monate nach der Operation an schon vorher bestehender Pyelitis gestorben. In den drei Fällen partieller Prostatektomie erzielte man ein schlechtes, zwei gute Resultate. Von den übrigen sechs Fällen totaler Prostatektomie sind drei vollkommen geheilt; zwei Pat. befinden sich erst kurze Zeit nach der Operation; über einen konnte nichts in Erfahrung gebracht werden. Einigemal bestand anfangs Inkontinenz nach der Prostatektomie, die sich später wieder hob; S. führt sie auf eine Schwäche des Musc. sphincter membranaceus zurück, der vikariierend für den entfernten Musc. sphincter int. eintritt.

Richard Wolff (Berlin).

---

11) P. Sick. Über Stauungsblutungen durch Rumpfkompression (traumatische Stauungsblutungen).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 595.)

S. fügt einen selbst beobachteten Fall der Kieler Klinik als den 32. dem bislang bekannt gewordenen kasuistischen Materiale dieser Verletzung bei. Ein 5jähriger Knabe setzt sich hinten auf einen im Schritt fahrenden Lastwagen, wobei wahrscheinlich die Kleider vom Hinterrade aufgewickelt sind, so daß Pat. zwischen Rad und Wagenfeder eingeklemmt ist, in einem Zwischenraume, der auf 10 cm breit geschätzt wurde. Die Beklemmung hat hauptsächlich die Brust, und zwar wahrscheinlich in mehr diagonaler Richtung von rechts oben nach links unten getroffen und hat etwa $1/4$ Stunde gedauert, bis nämlich das Rad entfernt wurde, da anders der Knabe nicht befreit werden konnte. Pat. kam mit Untertemperatur, aufgehobenen Reflexen, bewußtlos, mit sehr schlechter Atmung und Puls zur Aufnahme. Der Kopf war wie bei Meningitis stark im Nacken hinterwärts gebeugt, so daß an Blutungen im Zentralorgane gedacht wurde. Kopf und Hals zeigten die bekannten Erscheinungen hochgradiger cyanotischer Gedunsenheit mit Blutungen. Völlige Widerherstellung.

In der Besprechung des Falles wendet S. sich gegen die von Milner neuerdings aufgestellten Hypothesen, daß ein Schluß der Glottis und Abwehranstrengungen des Eingeklemmten für Zustandekommen der diesen Fällen eigentümlichen Zirkulationsstörungen von wesentlicher Bedeutung seien. Beides kann in dem S.-schen Falle wohl ausgeschlossen werden. Dagegen hält S. dafür, daß durch die Rumpfkompressionen eine starke Überfüllung und Dilatation der Herzhöhlen wohl zustande kommen müsse, und daß dann eine sehr vermehrte Blutmenge vom linken Ventrikel, vielleicht besonders stürmisch dem Venenblute entgegengeschleudert würde. Dies angenommen, würde für den Symptomenkomplex eine aktive und passive Beteiligung des Herzens als wichtig anzusehen sein.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

12) Severeanu. Perforierende Bauchwunde durch Feuerwaffe.

(Soc. de chir. in Bukarest 1905. März 2.)

Der Fall ist wieder ein Beweis für die Lehre, daß Bauchwunden, selbst schwerster Art, der Heilung zugeführt werden können, falls man rechtzeitig durch

Laparotomie einschreitet. In dem von S. vorgestellten Falle handelte es sich um eine Frau, welche einen Revolverschuß in das linke Hypochondrium erhalten hatte. Der Darm war an drei Stellen doppelt durchschossen, bot also sechs Öffnungen dar, und es hatte sich eine reichliche Menge von Darminhalt in die freie Bauchhöhle ergossen. Als am 2. Tage Zeichen von peritonealer Reizung, wie Singultus, außerordentliche Empfindlichkeit der Bauchdecke usw. aufgetreten waren, wurde die Laparotomie gemacht, die verletzten Darmteile reseziert und genäht, die Bauchhöhle mit künstlichem Serum ausgespült, mit Kompressen getrocknet und nach Mikulicz drainiert. Nur am Abend nach der Operation stieg die Temperatur bis 37,8°, blieb sonst aber normal, und die Heilung erfolgte anstandslos. Man soll mit dem chirurgischen Eingriff aber nicht warten, bis alarmierende Erscheinungen auftreten, sondern lieber einmal eine überflüssige Laparotomie machen, als im gegebenen Falle eine Darmverletzung unberücksichtigt lassen.

E. Toff (Braila).

13) **P. Sandler.** Jodoform and mercury in the treatment of tuberculous peritonitis.

(Lancet 1905. Juli 29.)

Verf. beschreibt einen Fall von tuberkulöser Peritonitis, die sehr schwer war und 7 Monate bestand, als sie in Verf.s Behandlung kam. Es handelte sich um ein 6jähriges Mädchen, das außerordentlich durch die Krankheit heruntergekommen war. Verf. verschrieb Pulver von 0,03 Quecksilber mit Kreide und 0,03 Jodoform, ein Pulver dreimal täglich in Milch zu nehmen. Gleichzeitig ließ er den Bauch mit einer Quecksilber-Jodoformsalbe zweimal täglich 10 Minuten lang einreiben. Späterhin wurde gleichzeitig noch Lebertran gegeben. Nach 14 Tagen bereits erhebliche Besserung. Zurzeit (nach einem Jahre ca.) ist das Kind angeblich ganz gesund.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

14) **Rebentisch.** Ein eigenartiger Fremdkörperbefund bei Appendicitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

Die 74 Jahre alte Pat. kam mit den Erscheinungen einer Entzündung im Bruchsacke zur Operation. In letzterem fand sich der brandige Wurmfortsatz, aus welchem sich über 100 Fremdkörper — Traubenkerne, Pflanzenkerne, Emaillesplitter, Knochensplitter, Holzsplitter, kleine Kieselsteinchen usw. — entleerten.

Borchard (Posen).

15) **Potherat.** Appendicite perforante par corps étrangers.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 150.)

P. fand in einem wegen akuter Entzündung exstirpierten Wurmfortsatz eine kleine Metallklammer, wie sie in neuerer Zeit statt der Nähte von einigen Chirurgen zum Zusammenhalten der Wundränder benutzt werden. Der Wurmfortsatz zeigte eine rabenfederkieldicke Perforation. 3 Jahre zuvor war die Pat. wegen Ovarialcyste laparotomiert worden. Mit Recht sieht P. in diesem Fall eine Warnung, solche Metallklammern in der Bauchchirurgie zu verwenden.

Routier benutzte solche Klammern einmal bei einer Exstirpation der Uterusadnexe. Peritonitis trat auf, als deren Ursache R. bei der noch rechtzeitig vorgenommenen Laparotomie eine Darmperforation durch eine solche Klammer entdeckte.

Reichel (Chemnitz).

16) **Walther.** Epiploïte.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 274.)

Als Begleiterscheinung einer chronischen Appendicitis fand W. bei der Laparotomie chronisch entzündliche Veränderungen des Netzes, bestehend in festen, dicken, bindegewebigen Strängen und derben, roten, knotenförmigen Verdickungen. Ein Netzstrang schnürte das Colon transversum ein und inserierte sich am Mesokolon.

W. durchtrennte nicht nur diesen Strang, die wahrscheinliche Ursache der mehrfach aufgetretenen Erscheinungen von Darmverengerung, sondern exzidierte sogleich das ganze Netz und erzielte Heilung von allen Beschwerden.

Seiner Meinung nach können die durch die Appendicitis hervorgerufenen entzündlichen Veränderungen am Netz auch nach der Entfernung des kranken Wurmfortsatzes fortdauern und von neuem Anlaß zu Störungen geben; deshalb solle man das Netz, wenn man es krank findet, völlig fortnehmen. (Sehr, ja meiner Meinung nach allzu radikal! Ref.) **Reichel** (Chemnitz).

17) **Gauss.** Perityphlitis und Schwangerschaft.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 27.)

In dem ersten der mitgeteilten Fälle starb die Pat. unoperiert an Peritonitis; im zweiten Falle hatte sich nach einer länger bestehenden Perityphlitis bei einer 24jährigen Pat. gegen Ende der Schwangerschaft ein Douglasabszeß entwickelt, der von der Scheide (!) aus eröffnet wurde, wobei es zu einer foudroyanten (!) Blutung in dem geschwollenen Gewebe kam. Die perityphlitischen Erscheinungen besserten sich, die Fistel im Scheidengewölbe schloß sich nicht. Bei der 4 Wochen vor Ende der Schwangerschaft einsetzenden Frühgeburt kam es zu einer lebhaften Blutung aus der Fistelgegend, die auch auf längere Tamponade nicht stand und deshalb die Entfernung der Placenta nötig machte. Nach erneuter Tamponade stand die Blutung. Das Kind starb nach 17 Tagen. Die Temperatur stieg in den ersten 12 Stunden nach der Entbindung ebenso wie der Puls an, kehrte dann aber zur Norm zurück. Ein nochmaliger 2tägiger Anstieg folgte einer klinischen (!) Narkosenuntersuchung. 5 Wochen später wurde die Radikaloperation gemacht.

Die vorstehende Krankengeschichte zeigt eine Menge kritischer Momente und läßt auch auf diesem sicherlich schwierigen Gebiete den Wunsch aufkommen, daß der Gynäkologe mit dem Chirurgen zusammenarbeite. **Borchard** (Posen).

18) **Arnsperger.** Der günstigste Zeitpunkt der Appendicitisoperation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 23.)

Es handelt sich um 280 Operationen mit 150 Intervalloperationen, 9 Operationen bei Tuberkulose und Aktinomykose mit 2 Todesfällen, 121 Operationen im akuten oder subakuten Stadium mit 25 Todesfällen = 20,66%. Letztere Operationen werden in drei Gruppen eingeteilt: 1) Begrenzung der Erkrankung auf den Wurmfortsatz 10 Fälle mit 1 Todesfall, 2) Fälle mit lokaler eitriger Peritonitis 9%, 3) diffuse eitrige Peritonitiden (hierunter auch die Fälle, wo sich mehr als zwei abgekapselte Abszesse zwischen den Därmen finden) 51,5%.

Die Heidelberger Klinik steht nicht auf dem Standpunkte der kritiklosen sofortigen Operation jedes eingelieferten Appendicitisfalles. Die günstigsten Aussichten auf glatte Heilung bietet stets die Intervalloperation. Im akuten Anfalle muß man sofort operieren, sobald irgendwelche bedrohliche Erscheinungen vorhanden sind. Es gibt aber auch ganz leichte Anfälle, die bei genauer, dauernder chirurgischer Aufsicht konservativ behandelt und sodann im Intervall operiert werden können. **Borchard** (Posen).

19) **Kümmell.** Erfahrungen über 1000 Operationen der Appendicitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 16 u. 17.)

Als ursächliche Momente der jetzt entschieden häufigeren Appendicitis sieht K. die übertriebene Fleischernährung, den Zusammenhang mit Infektionskrankheiten, erbliche Belastung als erwiesen an. Woher aber das oft epidemische Auftreten in einzelnen Familien kommt, ist noch nicht sichergestellt. Der unberechenbare Zustand, in welchem sich der Wurmfortsatz befinden kann, der Umstand, daß ein einmal erkrankter Wurmfortsatz nur selten zur Ruhe kommt, lassen eine radikale Heilung dringend wünschenswert erscheinen. Differentialdiagnostisch legt K. dem Druckschmerz am Mac Burney'schen Punkte sehr großen Wert bei. Nach weiteren Bemerkungen über pathologische Anatomie, Diagnose und Verlauf be-

spricht er die Frage, wann bei Appendicitis operiert werden solle. Von den 1000 Operationen sind im anfallsfreien Stadium ausgeführt 695 mit 4 Todesfällen (0,57%): 1 Pat. an Peritonitis, 2 an Lungenembolie, 1 an Pneumonie; im akut entzündlichen Stadium (Frühoperation) 49 mit 3 Todesfällen = 6% (1 Pat. an Pneumonie, 1 an diffuser Peritonitis, 1 an Gangrän des Blinddarmes mit Peritonitis); abgekapselte Abszesse 178 mit 18 Todesfällen = 10%; diffuse Peritonitis 82 mit 73 Todesfällen = 89%.

Bei den Operationen im Intervalle wartet K. 4—6 Wochen nach Ablauf des Fiebers, bis jeder Rest eines Exsudates geschwunden ist. Unter diesen Fällen waren 36 mit Salpingitis kombiniert. 2 Entfernungen wurden im 3. resp. 5. Monate der Schwangerschaft ohne deren Unterbrechung gemacht.

Unter Gruppe III (abgekapselte Abszesse) sind auch die akuten Perityphlitiden gerechnet, welche später als 48 Stunden zur Operation kamen.

K. empfiehlt die Operation im Intervalle nach dem ersten Anfall; ebenso bei der chronischen Form, wenn keine völlige Schmerzlosigkeit eintritt oder die einzelnen Anfälle nach einiger Zeit nicht aufhören. Bei der akuten Erkrankung ist K. unbedingter Anhänger der Frühoperation. Nach dem 3. Tage geht er individualisierend vor, begnügt sich mit frühzeitiger Spaltung des Abszesses, ohne den Wurmfortsatz aufzusuchen, oder leitet den Kranken in das anfallsfreie Stadium über. Er ist nicht Anhänger der Operation der Appendicitis in jedem Stadium.

Borchard (Posen).

20) **Michaelis.** Die operative Behandlung der Perityphlitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 424.)

Die Arbeit basiert auf dem einschlägigen Materiale der Leipziger Klinik aus den Jahren 1895—1904 und umfaßt 399 operierte und 72 nicht operierte Fälle. Aus der Verteilung der Operationszahlen auf die einzelnen Jahre ist in interessanter Weise ersichtlich, daß, wie überall anderwärts, auch das operative Appendicitismaterial der Leipziger Klinik stetig gewachsen ist und die Wurmfortsatzkranken zunehmend mehr sofortiger chirurgischer Behandlung zugehen, ferner daß die in den ersten Jahren an Häufigkeit voranstehenden Abszeßinzisionen zuletzt immer mehr durch Frühoperationen ersetzt werden, welche letztere auch in Leipzig sich jetzt als die beste und fast unbedingt immer ratsamste Therapie herausgestellt haben.

Wir reproduzieren folgende Zahlenübersicht:

	1895 bis 1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	Sa.	Mortalität
Resektionen im Anfalle	1	—	1	1	—	—	1	1	25	30	3,3%
I. Anliegende Abszesse	9	5	4	15	11	16	21	26	15	122	4,9%
II. Versteckte Abszesse	1	1	2	8	5	6	5	6	6	40	27,5%
II. Allgem. Peritonitis[1]	3	6	5	7	4	9	19	25	25	103	60,2%
Summe d. Operat. im akuten Stadium	14	12	12	31	20	31	46	58	71	295	27,1%
Mortalität derselben	28,6%	41,7%	41,7%	32,3%	35,0%	25,8%	30,4%	27,6%	15,5%		27,1%
V. Intervalloperationen	2	6	3	4	5	14	16	32	22	104	2,9%

[1] Heilungen: 1895—1900 12%; 1901—1904 48,7%.

Die Eigentümlichkeiten jeder der Beobachtungsgruppen, in die das Material eingeteilt ist, werden durchgesprochen, zum Schluß die in gedrängter Kürze redigierten Krankengeschichten mitgeteilt. Folgendes mag hier wiedergegeben werden. I. Die der Bauchwand anliegenden Abszesse, deren Operation die häufigste war, sind zu diagnostizieren, wenn 3 oder 4 Tage nach Beginn der Erkrankung noch deutliche Dämpfung und fühlbare Geschwulst über dem Lig. Pouparti nachweisbar ist: es liegt dann immer eine Eiterung vor, und soll auf Fluktuation nicht gewartet werden. Von den sechs dieser Gruppe angehörigen Todesfällen sind zwei bemerkenswert, wo bei der Abszeßinzision die freie Bauchhöhle eröffnet wurde und sich hieran allgemeine Peritonitis anschloß. II. Die versteckt, nicht direkt unter der Bauchwand liegenden Abszesse (40 Fälle) sind schwieriger zu diagnostizieren, da sowohl der Perkussions- als der Palpationsbefund hier undeutlich wird. Die Lage des Abszesses im Douglas, häufig hinter dem Blinddarm oder nach der Mitte zu vor der Wirbelsäule, kommt hier in Frage. Wenn zunächst eine kleine Eröffnung der Bauchhöhle über dem Poupart'schen Bande keinen Eiter ergab, aber die Orientierung erlaubte, ist der Eiter durch vorsichtige Lösung von Darmschlingen zu suchen oder auf die Resistenz hin zu tamponieren. Auch wenn, was öfter der Fall war, hiernach kein Abszeßdurchbruch erfolgte, kann schon hierdurch Fieberabfall und Genesung herbeigeführt werden. Oder man schließt die freie Öffnung im Bauchfell und sucht weiter nach Abszessen auf retroperitonealem Wege. Von besonderem Interesse sind III. die Operationen bei allgemeiner Peritonitis, deren Bestehen dann angenommen wurde, wenn sich auch bei einer Inzision zwischen Nabel und Symphyse noch größere Mengen eitrigen oder serös-eitrigen Exsudates frei nachweisen ließen. Über die hier gemachten Erfahrungen hat Trendelenburg selbst in einer in unserem Blatte 1904 p. 851 referierten Arbeit berichtet, worauf hier zu verweisen ist. Die Resultate haben sich in letzter Zeit mit Einführung der möglichst frühzeitigen Operationen »ganz gewaltig« verbessert, zeigen sich übrigens ganz evident abhängig vom Zeitpunkte der Operation und der Beschaffenheit des Exsudates. Denn der Heilungsprozentsatz bei Operation am Erkrankungstage beträgt 81,8, am 1. Tage nach der Erkrankung 80,9, am 2. Tage nach der Erkrankung 46,7, späterhin 0 — und bei trüb-serösem Exsudate kamen doppelt soviele Kranke zur Heilung als starben, bei serös-eitrigem wurden nur $^2/_5$ und bei eitrigem gar nur die Hälfte durch die Operation gerettet. Bei (IV.) den Intervalloperationen war die Mortalität verhältnismäßig etwas hoch (2,9%). Von den drei Todesfällen war der erste durch Blutung aus der Art. epigastrica veranlaßt, welche bei der Bauchnaht unbemerkt angestochen war. In den beiden anderen riß der stark verwachsene Fortsatz ein oder ab, und es erfolgte Peritonitis.

Das Endergebnis der Arbeit ist eine fast bedingungslose Parteinahme für Ausführung der »48 Stunden«-Frühoperation. Nur in ganz leichten Fällen mag es manchmal, z. B. bei älteren Leuten, richtiger sein, exspektativ zu verfahren, sorgfältige Überwachung, wie sie das Krankenhaus ermöglicht, vorausgesetzt. Hierher gehören zum Teil die in der Arbeit angezogenen nicht operierten Fälle der Leipziger Klinik. In anderen Fällen wurde wegen des gänzlich aussichtslosen Allgemeinzustandes nicht mehr eingegriffen, oder es handelte sich nur um leichteste Grade von Druckschmerz und Resistenz usw.

Weitere Einzelheiten mögen im Original eingesehen werden, als Häufigkeitsverhältnisse betreffs Beteiligung von Geschlecht und Lebensalter an der Erkrankung, betreffs Vorkommen der Kotsteine, Fälle von Appendicitis im Bruchsacke, pleuritische und subphrenische Empyeme, Pfortaderthrombose, Leberabszeß und sonstiger Komplikationen. Aus den Krankengeschichten ist ersichtlich, wie in derlei schwierigen Fällen nur mehrfach wiederholte Operationen zum Ziele führen können.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

21) **H. v. Bonsdorff.** Hernia cruralis externa praevascularis.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLVI. p. 1.)

Veranlaßt durch einen vom Verf. operierten Fall obiger Art — es handelte sich um einen 9jährigen Knaben, der nach einem Stoß in die rechte Leistengegend

1 Jahr vorher sich einen Bruch zugezogen hatte; als der Hals des Bruchsackes bei der Operation isoliert wurde, ergab sich, daß die Kommunikation des Bruches mit der Bauchhöhle durch einen Kanal geschah, der unter dem Lig. Pouparti gleich vor- und lateralwärts von der Art. femoralis hervortrat — revidierte Verf. unsere Kenntnisse über die verschiedenen Arten von Schenkelbrüchen (Laugier's Hernia ligamenti Gimbernati, Cloquet's Hernia cruralis pectinea, Hernia cruralis retrovascularis, Hesselbach's Hernia cruralis externa [cribrosa], Bähr's Hernia cruralis externa, Narath's Hernia cruralis externa praevascularis).

Er unterscheidet demnach: Hernia cruralis a. interna und b. externa. Zur ersten Kategorie gehören die Unterabteilungen: 1) interna sensu strictiori (die »gewöhnliche« Form), 2) interna Gimbernati, 3) interna pectinea; zur zweiten Gruppe: 1) praevascularis, durch die Lacuna vasorum und 2) praemuscularis, durch die Lacuna musculorum heraustretend. **Hansson** (Cimbrishamn).

32) C. Lauenstein. »Zwei Dünndarmschlingen« im eingeklemmten Bruche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 581.)

L. verfügt über vier Beobachtungen dieser sonst nie beschriebenen Bruchaffektion, deren erste er bereits auf dem Chirurgenkongreß von 1894 publiziert hat (cf. d. Bl. 1894, Kongreßreferat p. 49). Sämtliche Fälle stammen aus dem Hamburger Seemanns- bezw. Hafenkrankenhause. Die Operation von dreien ist von L. selbst ausgeführt bezw. geleitet, eine von seinem Vertreter, wobei eine erforderliche Darmresektion tödlich endete, während von den anderen Pat. zwei genasen, der dritte ebenfalls starb. Stets handelte es sich um rechtsseitige Leistenbrüche bei Männern, und stets wurde, was für diese Fälle charakteristisch, außer den beiden im Bruchsack eingeklemmten Schlingen das Verbindungsstück zwischen diesen beiden, die dritte im Bauche liegende und an der Einklemmung teilnehmende Schlinge vorgefunden bezw. aus der Bauchhöhle extrahiert. Das Verhalten dieser dritten »Verbindungsschlinge« erregt in allen Fällen besonderes Interesse. In den beiden nach Darmreposition geheilten Fällen war einmal das Mesenterium dieser Schlinge schwielig verdickt, gleichmäßig stark injiziert und von punktförmigen Petechien bedeckt, in dem anderen war die Schlinge nebst dem Mesenterium in der Nähe seines Darmansatzes hämorrhagisch infarziert. Im ersten der tödlichen Fälle war die Verbindungsdarmschlinge gegen 65 cm lang, blauschwarz verfärbt und lederartig, das Mesenterium bis 10 cm vom Darm entfernt infarziert, die Serosa vielfach rauh und zerfranst, weshalb zur Resektion geschritten wurde. Im letzten Falle lief beim Hervorziehen der inneren Schlinge aus der Bauchhöhle himbeerfarbene, hämorrhagische Flüssigkeit. Die extrahierte innere Schlinge war auf der Serosa stark injiziert, ihr Mesenterium mit vielen linsen- bis erbsengroßen Blutungen durchsetzt. Auf der Schlingenkuppe drei Einrisse, einer davon perforierend und aus dem Darminnern dieselbe hämorrhagische Flüssigkeit entleerend, die in der Bauchhöhle befindlich gewesen war. Naht der Risse, Darmreposition, aber Ausgang durch Peritonitis.

Es ist auffallend, daß stets die innere Schlinge so verändert war; denn während bei den im Bruchsack eingeklemmten Schlingen wie gewöhnlich die Zirkulation durch Mesenterialeinschnürung gestört wird, bleibt bei der Verbindungsschlinge das frei im Bauche liegende Gekröse eigentlich einklemmungsfrei. L. regt an, dies eigentümliche Verhalten durch Tierexperimente zu klären — zwei von seinem Assistenten angestellte Versuche blieben ergebnislos. Vielleicht traten in dem letzten Falle die Darmrisse einfach durch Platzen der Schlinge infolge von Überdehnung ein, oder es kamen die Effekte von starken Repositionsversuchen in Frage. Daß stets rechtsseitige Hernien von der Doppeleinklemmung betroffen waren, ist einigermaßen begreiflich, da sämtliche Dünndärme an dem von links oben nach rechts unten an der hinteren Bauchwand befestigten Mesenterium aufgehängt sind und daher auch ihre auf- und abgehenden Schleifen schließlich nach rechts unten gerichtet sein müssen. Ob man annehmen soll, daß beide Bruchschlingen gleichzeitig oder eine nach der anderen in den Bruchsack schlüpfen, ist schwer zu sagen.



Man könnte daran denken, daß erst eine, die untere, Schlinge in den Sack käme, wonach der Darm oberhalb dieser im Bauche stärker sich füllt — im Bereiche der dritten »Verbindungsschlinge«. Dann schlüpft von noch weiter oberhalb eine Schlinge des wieder weniger gefüllten Darmes der ersten in den Bruchsack nach, und erst jetzt tritt die völlige Inkarzeration ein.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

23) **H. Matti.** Beiträge zur Chirurgie des Magenkrebses.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 99.)

Die Arbeit berichtet über die Tätigkeit Kocher's auf dem Gebiete der Magenresektion wegen Karzinom und berücksichtigt des genaueren die seit 1898 behandelten 45 operierten Fälle, nachdem die vor dieser Zeit gemachten 52 Operationen bereits von Broquet bearbeitet sind; doch werden auch diese Fälle zur Feststellung der Gesamtstatistik herangezogen, ebenso wie einige seit Beginn der Schrift noch hinzugekommene Fälle, so daß sich das Gesamtmaterial, das besprochen wird, auf 101 Magenresektionen beläuft. Die Krankengeschichten der neuen Fälle werden in Abkürzung mitgeteilt, wonach eine Allgemeinbesprechung über die anamnestischen und klinischen Ergebnisse der Krankenbeobachtung, die statistischen Verhältnisse bezüglich Geschlecht, Alter, Krankheitsdauer, Sitz der Neubildung, Häufigkeit der Drüseninfektion, Verwachsungen usw. gegeben wird. So interessant diese sorgfältig erhobenen Feststellungen sind, genügt an dieser Stelle doch, sie übergehend, auf das Wichtigste, die praktisch chirurgischen Ergebnisse der Operationstätigkeit einzugehen. Die Indikation zur Magenresektion hat in der Kocher'schen Klinik immer weitere Ausdehnung gewonnen auf Kosten der nur palliativ wirkenden Gastroenterostomie. Auch das Vorhandensein der verschiedensten Verwachsungen hält nicht mehr von der Resektion ab, und hindern Partialexzisionen vom Pankreas und Leber sowie Resektionen des Colon transversum wegen zu starker Infektion am Mesokolon nicht den normalen Wundheilungsvorgang, liefern sogar rezidivfreie Heilungen. Wenn irgend möglich, bevorzugte Kocher die von ihm angegebene Pylorusresektionsmethode mit völligem Nahtverschluß des Magenstumpfes und Einpflanzung des Duodenum in die Magenhinterwand. Die der Methode gemachten Vorwürfe sind zurückzuweisen. Die Kocher'sche Erfahrung zeigt, daß auch bei dieser Methode eine ausreichend sichere Resektion des Duodenum im Gesunden sehr wohl möglich, wie sie in Kocher's Praxis die Regel ist.

Ganz vorzüglich und unter einer Reihe zum Vergleiche herangezogener Statistiken anderer bedeutender Chirurgen die beste ist Kocher's Heilungsstatistik bei der Magenresektion. Sie ist in der von M. bearbeiteten zweiten Operationsserie wesentlich besser als in der ersten von Broquet publizierten.

Broquet veröffentlichte aus den Jahren 1881—1898 52 Fälle, davon † 34,7% (18),
M. veröffentlicht » » » 1898—1904 49 » » † 17,0% (8).

Dabei sind von den 8 Todesfällen der zweiten Serie 6 durch Lungen- und Herzkomplikationen, nur 2 durch Nahtinsuffizienzen und Peritonitis bedingt, so daß nicht mit Unrecht die Magenresektion in der Kocher'schen Klinik als relativ ungefährlich gelten darf. Speziell nach Kocher's eigener Methode wurde im ganzen 71mal mit 12 tödlichen Ausgängen (16,9%) reseziert. Zieht man die Todesfälle an Pneumonie ab, so ist das Mortalitätsprozent für die erste Berichtsserie 8,4, für die zweite nur 5,1!

Was den späteren Verlauf betrifft, so starben von 71 geheilt entlassenen Kranken bislang 20 (= 28,2%) in einem Zeitraume von 1 Monat bis zu 6 Jahren. Die durchschnittliche Lebensdauer für die an Rezidiv verstorbenen Pat. berechnet sich von der Operation an auf 18,7 Monate. Diese Frist ist nicht geringer als die von Krönlein bei vorwiegender Verwendung der Billroth'schen Methode I und II erzielte, nämlich $17^1/_2$ Monate.

Unter den noch lebenden Geheilten sind die am längsten rezidivfreien jetzt vor $16^3/_{12}$, $11^1/_{12}$ und 7 Jahren operiert. Auch hiermit übertrifft Kocher die längsten, sonst von anderen Chirurgen erzielten Dauerheilungen. Eine Revision der vier längsten Dauerheilungen ergibt, daß hier dreimal besonders günstige, den guten

Erfolg begreiflich machende Umstände vorlagen, kurze Krankheitsdauer, Frühstadium des Karzinoms im histologischen Bilde, Fehlen stärkerer Verwachsungen und infizierter Drüsen. Von Interesse ist auch das Resultat der funktionellen Magenuntersuchung bei einer Reihe längere Zeit Geheilter. Überall ist die Magenmotilität völlig hergestellt, Dilatation und Atonie beseitigt, der Magen auch bei Lufteinblasung kontinent, woraus auf Neubildung eines schlußfähigen neuen quasi-Pylorus zu schließen ist.

Die Gesamtaziditätswerte erscheinen meist niedrig oder subnormal, auch stellt sich die Produktion freier Salzsäure nicht wieder her. Indes war Milchsäure in keinem Falle mehr nachweisbar, und erscheint der Wegfall der freien Salzsäure durch die hergestellte gute Motilität vollständig kompensiert. Die gesamte Leistungsfähigkeit der Geheilten läßt nichts zu wünschen übrig.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

24) **Bazy.** Duodénoplastie pour rétrécissement inflammatoire du duodénum avec péripylorite et périduodénite. Guérison. Amélioration très rapide de l'état général.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 193.)

Seit 10 Jahren bestehende Schmerzen in der Magengegend, die sich seit 6 Monaten wesentlich verschlimmert, mit fortwährendem Erbrechen, hochgradiger Abmagerung verbunden hatten, zwangen B. bei dem 40jährigen Pat. zur Operation. Die Laparotomie zeigte den Pylorus und das Duodenum in alte feste Membranen eingehüllt und entdeckte als Ursache der Beschwerden eine für einen Bleistift eben durchgängige Narbenstriktur des Duodenum gerade an der Einmündungsstelle des Ductus choledochus. Exzision der kranken Partie war daher ausgeschlossen. B. inzidierte daher die Striktur und das Duodenum in 5 cm Länge und machte eine Duodenoplastik nach Art der Mikulicz'schen Pyloroplastik. Heilung und rasche Gewichtszunahme.

Reichel (Chemnitz).

25) **R. H. Cordner.** Note on a case of aneurysm simulating dyspepsia.

(Lancet 1905. Juni 24.)

Ein 35jähriger, bislang gesunder Mann hatte 2 Jahre lang Magenbeschwerden, 5—10 Minuten nach dem Essen auftretend, für 1—2 Stunden anhaltend; es bestanden belegte Zunge, Foetor ex ore, Verstopfung. Durch Diätregelung war der Zustand temporär zu bessern. Die Untersuchung ergab epigastrische Pulsation und ein schwaches blasendes Geräusch in der Tiefe des Epigastriums, keine deutliche Resistenz, keine Verminderung der Pulswelle in der äußeren Iliaca, keinen Schatten im Röntgenbilde. Kurze Zeit nach der Aufnahme trat der Tod ein, die Sektion ergab ein Aneurysma von der Größe einer kleinen Birne, welches die Art. coeliaca und die vordere Aortenwand betraf. Es lag direkt der Zwerchfellsöffnung und der hinteren Magenwand an; der Tod war durch Ruptur dieses Aneurysmas eingetreten.

Die Magenbeschwerden wurden als Zerrungsschmerzen bei der Peristaltik gedeutet.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

26) **Souligoux.** Des rétrécissements tardifs de l'intestin, consécutifs à l'étranglement herniaire. — Rapport par M. Lejars.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 261.)

Der von S. wegen Darmverschluß operierte Pat. war 4 Monate zuvor wegen eines eingeklemmten Leistenbruches herniotomiert worden; die eingeklemmte 15 cm lange Dünndarmschlinge war sehr gespannt, ekchymosiert, sah aber verhältnismäßig wenig krank aus. Nach der Herniotomie war Pat. anscheinend gesund; doch traten in der Folgezeit mehrfach vorübergehend Zeichen von Darmverschluß, angeblich selbst mit kotigem Erbrechen, ein. 4 Monate nach der Operation erkrankte Pat.

plötzlich unter den Zeichen völligen Darmverschlusses. Bei der Laparotomie entdeckte die eingeführte Hand sogleich das Hindernis und zog ein Paket Dünndarmschlingen vor mit folgendem Befunde: Das zuführende Darmende war auf das Dreifache des normalen Volumens erweitert; es setzte sich in einen stark verengten Abschnitte fort, durch welchen sich Flüssigkeit nur mit großer Schwierigkeit fortbewegen ließ; ihm folgte eine mäßig kontrahierte, 20 cm lange Darmschlinge, welche mit ihrem unteren Ende wieder an der Stelle der Einschnürung verklebt war, dann das freie abführende Ende. Da, wo beide Darmenden miteinander verwachsen waren, fixierte sie eine breite Membran an die Harnblase. S. löste die Verklebungen und legte zwischen zu- und abführender Darmschlinge eine Enteroanastomose an. Heilung.

Lejars knüpft an diesen Fall eine Aufzählung der verschiedenen Arten von Darmverschluß, welche nach Reposition einer eingeklemmten Darmschlinge lange nachher und doch als Folge der stattgehabten Einklemmung auftreten können und unterscheidet als Haupttypen: 1) solche Fälle, in denen es sich wesentlich um Kompression oder Knickung durch Verwachsungen handelt, 2) solche, in denen die Darmwandung selbst narbig verändert ist, 3) die Kombination beider Formen.

Tuffier schließt sich dieser Einteilung an und hält sie auch für die einzuschlagende Therapie für bedeutungsvoll, da die Fälle der ersten Gruppe unter Umständen auch einer Spontanheilung zugängig sind; er führt dafür ein einschlägiges Beispiel an. **Reichel** (Chemnitz).

27) **Michon.** Obstruction intestinale par calcul biliaire. Ablation du calcul par entérotomie. Guérison. — Rapport par M. Potherat.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 257.)

Die 62jährige Pat. litt seit 15 Jahren an überaus schmerzhaften Kolikanfällen mit Erbrechen; die Anfälle traten anfangs selten, in Zwischenräumen von 12 bis 18 Monaten, seit 1901 aber alle 14 Tage auf, waren nie von Ikterus begleitet. Der letzte Anfall begann 8 Tage vor Eintritt der Kranken ins Hospital mit heftigen Schmerzen im rechten Hypochondrium, erst wäßrigem, dann galligem Erbrechen, aber gleichzeitig mit Stuhlverstopfung. Eingießungen beförderten in den nächsten Tagen noch einige Kotmassen heraus; dann aber blieben Stuhl und Gase vollständig aus, das Erbrechen wurde kotig. M. schritt sofort zur Laparotomie und fand seine Wahrscheinlichkeitsdiagnose »Darmverschluß durch einen Gallenstein« bestätigt. Ein 3½ cm langer, 2½ cm breiter, 2 cm dicker Stein verstopfte den Dünndarm 8 cm oberhalb der Ileocoecalklappe. Inzision, Extraktion des Steines und Darmnaht brachten vollständige Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

28) **Clarke.** Acute strangulation of ileum through an aperture in mesentery.

(Brit. med. journ. 1905. März 18.)

9jähriges Mädchen erkrankt plötzlich mit allen Zeichen einer schweren inneren Einklemmung und stirbt 24 Stunden später. Die Sektion ergibt, daß über 1 m vom unteren Ileum in ein zweiquerfingerbreites Gekrösloch hineingeraten war und sich dort abgeschnürt hatte. C. meint, eine 4 Jahre vorher stattgehabte stumpfe Bauchverletzung habe den Riß im Mesenterium verursacht.

W. Weber (Dresden).

29) **Turner.** Sloughing of intussuscepted gut: spontaneous recovery.

(Brit. med. journ. 1905. Februar 4.)

Ein 4jähriges Kind erkrankt plötzlich mit allen Anzeichen einer ileo-coecalen Intussusception. Hohe Einläufe sind erfolglos, wegen des sehr schlechten Allgemeinzustandes wird von einer Operation als aussichtslos abgesehen. Wider alles Erwarten wurde der Darmweg am 5. Tage wieder frei, und am nächstfolgenden fand man im Stuhlgang ein etwa 5 cm langes Stück brandigen Dünndarmes. Glatte Heilung. **W. Weber** (Dresden).

30) Hermes. Über Spontanabstoßung einer Darminvagination.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 27.)

H. berichtet über einen im Berlin-Moabiter Krankenhause beobachteten Fall. Schwächlicher, 23jähriger Mann, von einem vor kurzem erworbenen Tripper abgesehen stets gesund gewesen, erkrankt unter Verstopfung mit Kolikschmerzen, danach dünnen, blutigen, stinkenden Stuhlausleerungen. Nach ca. 2 Wochen tritt aus dem After ein 5 cm langes brandiges Stück Darm aus. Durch sanften Zug hieran wird ein 60 cm langer Darmsequester entwickelt, der sich mikroskopisch als Dünndarm ausweist. Wegen neuerdings eintretender Verstopfung nebst Meteorismus und Schmerzen werden Klysmen versucht, doch stößt das Rohr ca. 10 cm hinter dem After auf eine erhebliche Mastdarmverengung, die 4 Wochen vorher, bei Entfernung des Intussuszeptum, nicht bestanden hatte. Wegen Zunahme der Unterleibsbeschwerden und der Stuhlverstopfung wird zur Anlage eines Kunstafters im Kolon an typischer Stelle geschritten, wobei sich im Bauche, zumal im kleinen Becken, viel dickflüssiger, nicht riechender Eiter findet. Von einem Medianschnitt aus wird die Bauchhöhle mit Salzwasser ausgespült und tamponiert. Es gelingt, die Peritonitis auszuheilen, ebenso wie der Kunstafter, nachdem er gut funktionierte, sich spontan schloß. Im Laufe von Monaten wurde auch die Mastdarmverengung allmählich etwas erweitert, was aber immer nur unter großen Schmerzen, teilweise nur in Narkose tunlich war. Der gebesserte, aber immer noch zeitweise von heftigen Koliken heimgesuchte Pat. entzog sich schließlich weiterer Beobachtung.

Der Fall interessiert, abgesehen von der ziemlich seltenen Abstoßung einer so beträchtlichen Dünndarminvagination, durch die auffällige Komplikation der nachträglich zustande gekommenen Mastdarmverengung, deren genetische Erklärung schwierig ist. Leichter ist das Entstehen der Peritonitis deutbar; sie wird sich an die Mastdarmverschwärung angeschlossen haben.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

31) Mc Williams. Resection of 23 inches of gangrenous intestine due to a volvulus following a second attack of appendicitis. Report of 33 cases of intestinal obstruction caused by unoperated appendicitis.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Nr. 8 u. 9.)

Im Anschluß an den in der Überschrift charakterisierten Fall bringt W. als Ergänzung zu einer früheren Publikation über 76 Ileusfälle nach operierter Perityphlitis (Med. news 1904 September 3 u. 10) einen Bericht über 33 Fälle nach intern behandelter Perityphlitis. In einem Nachtrage werden aus der neuesten Literatur 16 Fälle der letzteren, 12 der ersteren Kategorie zugefügt. Die Mortalität der Operation steigt von 28% in den ersten 3 Tagen auf 67% nach 4 Tagen. Die Besserung der Erfolge liegt also auch hier in der Hand der praktischen Ärzte.

Lengemann (Bremen).

32) R. Göbell. Erfolgreiche Resektion von 3 m Ileum wegen Volvulus und innerer Einklemmung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 608.)

Der von G. in der Helferich'schen Klinik operierte Fall interessiert nicht nur durch die in dem Arbeitstitel hervorgehobene selten ausgedehnte Dünndarmresektion, sondern auch durch die Kompliziertheit der schon bei der Operation völlig aufgeklärten Art der inneren Darmeinklemmung, sowie durch das glänzende Operationsresultat. Der 30jährige Pat. wurde 28 Stunden nach dem Beginne seiner akuten schweren Unterleibserkrankung, welche diagnostisch als Peritonitis infolge von Wurmfortsatzperforation oder als innere Einklemmung anzusprechen war, operiert. Aus der geöffneten Bauchhöhle quoll in dickem Strahle braunschwarze; trübe, kotig riechende Flüssigkeit. Dünndarm zuerst anscheinend unentwirrbar, schließlich unterscheidet man, daß zwei Darmschlingen umeinander sich rechts

herum gedreht haben. Detorsion derselben durch Linksherumdrehung. Es bestand aber noch zwischen Schlinge I und II eine wahre Knotenbildung, und außerdem war Schlinge I durch einen Schlitz im Mesenterium geschlüpft und eingeklemmt, so daß zur Darmlösung Erweiterung dieses Schlitzes nötig war. Da der befreite Darm aber größtenteils infarziert, stückweise auch gangränös war, wird er in der obengenannten Länge reseziert. Die beiderseitigen Stümpfe wurden durch dreifache Tabaksbeutelnaht geschlossen, dann das obere Darmende mit dem Colon ascendens seitlich anastomosiert, da oberhalb der Bauhin'schen Klappe nur ein ganz kleiner Ileumrest übrig geblieben war. Nachbehandlung mit offener, tamponierter Bauchhöhle, aus der noch reichliche stinkende Sekretion stattfand; glatte, schließlich durch Sekundärnaht beschleunigte Heilung.

G. gibt eine Tabelle der sonst literarisch bekannt gewordenen maximalen Dünndarmresektionen. Eine Figur veranschaulicht etwas schematisiert die Drehung, Knotenbildung und Einklemmung des Darmes. Der hergestellte Pat. ist ganz gesund und voll arbeitsfähig. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

33) Baracz. Zur chirurgischen Behandlung der Fissura ani auf Grundlage eigener Erfahrung.

(Gaz. lekarska 1905. Nr. 20—22.)

Verf. anerkennt als Methode der Wahl die gewaltsame Erweiterung des Afters nach Récamier. Er operierte mit Erfolg auch ohne Narkose, zieht aber die tiefe Chloroformnarkose vor, da bei nicht vollkommener Narkose Todesfälle infolge Glottiskrampf und Synkope eingetreten sind. Die Dehnung wird so weit getrieben, bis ein Geräusch erkennen läßt, daß der Schließmuskel zerrissen wurde. Eine zu starke Erweiterung ist zu vermeiden, damit keine dauernde Parese des Sphinkters eintritt. Nach ungefähr 2—3 Tagen stellt sich die erste schmerzlose Kotentleerung ein.

Vom Jahre 1889—1902 operierte B. in der Lemberger Poliklinik 47 Fälle (29 männliche, 18 weibliche Kranke). Zur Narkose eignet sich auch Bromäthyl und Kelen. Sämtliche schweren, operierten Fälle wurden geheilt, darunter drei, welche vorher erfolglos durch Inzision der Fissur behandelt wurden. **Bogdanik** (Krakau).

34) Le Dentu. Prolapsus du rectum traité successivement par la colopexie, la recto-ligamentopexie et l'excision combinée avec la périnéorrhaphie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 48.)

Bei einem 38jährigen Manne, welcher seit einer schweren Dysenterie im Jahre 1892 an einem Mastdarmvorfall und chronischen, jedes Jahr während mehrerer Monate anhaltenden Diarrhöen litt, machte le D. erst die Kolopexie, später die Rektopexie; beide Male folgte bald ein Rezidiv. Erst die Mikulicz'sche Exzision des Vorfalles mit Hinzufügen einer kleinen hinteren Perineorrhaphie brachte Heilung des Prolapses; auch die Diarrhöe besserte sich. **Reichel** (Chemnitz).

35) Kraske. Die Erhaltung des Schließmuskels bei der Exstirpation des Mastdarmkrebses und seine spätere Funktion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 28.)

K. teilt eine stattliche Anzahl von über Jahre hinaus beobachteten Fällen mit, wo durch die typische Resektion mittels der sakralen Methode unter Erhaltung des Schließmuskels ein vollkommenes funktionelles Resultat erreicht wurde. Er betont mit Recht, daß es unter Berücksichtigung derartiger Resultate falsch ist, auf die Funktion des Schließmuskels prinzipiell (wie Witzel) zu verzichten und nach einer hohen Amputatio recti stets einen künstlichen After anzulegen. Wenn man bei der Mobilisierung des Darmteiles und der Unterbindung der Arterien sehr vorsichtig sei, so könne man doch in einer Anzahl von Fällen eine völlige resp. nahezu völlige prima intentio der Darmenden erleben. Sonst führten aber genügende Sorgfalt und Ausdauer immer dazu, etwaige Fisteln definitiv schließen zu können. **Borchard** (Posen).

36) **Connell.** Gunshot wound of the pancreas.
(Annals of surgery 1905. Nr. 5.)

Revolverschußverletzung des Bauches; bei der 3 Stunden nach der Verletzung vorgenommenen Laparotomie wurde in der Leber und im Magen je eine perforierende Wunde angetroffen; beide wurden genäht. Tod 60 Stunden nach der Operation; bei der Autopsie zeigte sich eine Schußverletzung der Bauchspeicheldrüse. Zwischen den durch die Naht aneinandergelegten Serosaflächen des Magens war keine Verklebung eingetreten, in der Umgebung der Naht war die Magenwand nekrotisch. Verf. glaubt, daß der Pankreassaft sich an der Stelle der Naht mit dem Magensaft vermischt habe, und daß dadurch die Nekrose der Magenwand eingetreten sei. Das Ausbleiben von peritonitischen Verklebungen ist nach ihm ebenfalls der Einwirkung des Pankreassaftes zuzuschreiben. Bei Schußwunden, durch welche das kleine Netz oder die hintere Magenwand verletzt ist, soll auf eine Verletzung der Bauchspeicheldrüse gefahndet werden. Ist diese Drüse verletzt, so muß durch Tamponade bis auf dieselbe eine Drainage der Bauchhöhle eingeleitet werden. An 20 aus der Literatur gesammelten Fällen wird nachgewiesen, daß dort, wo bei Pankreasschußwunden diese Drainage unterlassen wurde, stets der Tod sehr bald eintrat.

Herhold (Altona).

37) **Quénu.** Contribution à la chirurgie du canal hépatique de l'hépatico-gastrostomie.
(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 218.)

Eine Hepaticostomie mit Vereinigung der Fistelränder des Ductus hepaticus mit der äußeren Haut, sowie eine Hepatico-Enterostomie oder Einpflanzung des Leberganges in einen Darmabschnitt ist natürlich nur möglich bei einer starken Erweiterung des Ductus hepaticus. Eine solche ist wiederholt beobachtet worden, selbst bis zu enormer Ausdehnung. Kehr war jedoch bisher der einzige, der eine Anastomose zwischen dem Ductus hepaticus und dem Darm einmal angelegt hat, und zwar wegen eines Karzinoms des Choledochus. Q. hatte Gelegenheit, wegen einer Narbenstriktur des Choledochus eine Fistel zwischen dem erweiterten Ductus hepaticus und dem Magen anzulegen. Der 43jährige Pat. litt seit 9 Jahren an Gallensteinkoliken, seit 2 Jahren an Ikterus. Die Laparotomie zeigte die Gallenblase geschrumpft, im Niveau des Pankreaskopfes eine unregelmäßige harte Platte, gegen den Hilus der Leber eine rundliche, fluktuierende Geschwulst, aus der die Punktion 350 g Galle entleerte, und die dem erweiterten Ductus hepaticus entsprach. Es blieb nur übrig, eine Anastomose zwischen dieser Tasche und dem Duodenum oder dem Magen anzulegen. Q. wählte den letzteren Weg als den im gegebenen Falle leichteren. Das Erbrechen von Galle in den nächsten 2 Tagen erwies das gute Funktionieren der Fistel. Eine doppelseitige Pneumonie raffte den Pat. jedoch am Abend des 2. Tages hinweg. Die Obduktion zeigte, daß die Naht gut gehalten hatte. Der Choledochus war gerade an der Einmündungsstelle des Cysticus stark narbig verengt, der Hepaticus darüber zu einer großen Tasche erweitert, die an ihrem abhängigsten Punkte die Anastomose mit dem Magen trug.

Reichel (Chemnitz).

38) **A. Brüning.** Beitrag zur Frage der Choledochotomie.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 325.)

In der unter Poppert stehenden Gießener Klinik, aus der die Arbeit hervorgegangen ist, findet die Gallensteinchirurgie sorgfältige Pflege und ein stattliches Material. Es wurden in den letzten Jahren 700 Operationen an den Gallenwegen gemacht, wobei sich 92mal (13%) Steine im Choledochus fanden. Außerdem wurde der Choledochus des öftern geöffnet, ohne daß er Steine enthielt, so daß im ganzen über 100 Fälle von Choledochotomie berichtet werden kann.

Dieses Material wird nach sämtlichen klinischen allgemeinen Gesichtspunkten durchsprochen, zum Schluß werden in Kürze die Krankengeschichten wiedergegeben. Praktisch interessiert am meisten die in Gießen übliche Technik der Operation und deren Nachbehandlung, sowie die Statistik der gewonnenen Resultate.

Das wichtigste klinische Symptom des Choledochussteines ist der **Ikterus**, der aber auch fehlen kann, was in dem Gießener Material in 10% der Beobachtungen der Fall war. In 7 Fällen war trotz Ikterus der Choledochus steinfrei, und stellte sich als Grund für die Gelbsucht entweder ein den Gallenabgang hinderndes Karzinom oder Cholecystitis bezw. Cholangitis heraus. 10mal wurden bei einer ersten Operation Choledochussteine übersehen, so daß später eine zweite nötig wurde. Einmal entgingen sogar, trotzdem der Hepaticus dainiert war, sieben kleine Steine der Lebergänge und ein pflaumengroßer des Choledochus selbst der Wahrnehmungl Der beste Zeitpunkt für Vornahme der Choledochotomie ist das freie Intervall zwischen den Anfällen von akutem Choledochalverschluß; nur bei drohender Cholangitis (Fieber mit Frösten) ist im Anfall zu operieren. Der in Gießen jetzt übliche gallenchirurgische Schnitt ist ein Längsschnitt im inneren Teile des rechten M. rectus, der, bis zum Schwertfortsatz herauffiihrbar, stets guten Einblick und Platz gibt. Seit den letzten Jahren wird zunächst die Gallenblase exstirpiert und hierauf nur in Notfällen verzichtet. Es folgt die Aufsuchung, Freilegung und Revision der Gallengänge, wobei zur Streckung des Duodenums nebst Choledochus ein Zug am Pylorus nützlich sein kann. Ist bei starker Ausdehnung des Choledochus seine Unterscheidung von Darm schwierig, so empfiehlt sich eine Probepunktion. Bei der Inzision des Choledochus sind diesem aufliegende Venengeflechte oder gar Arterien beiseite zu legen und zu vermeiden. Nach vollendetem Einschnitte, Wegtupfen der vorquellenden Galle und Beseitigung der ohne weiteres faßbaren Steine soll, worauf besonders Wert gelegt wird, das Innere des Ganges mit dem kleinen Finger abgetastet werden. Auch der Papillensteine konnte man in Gießen stets habhaft werden, und wurden Ablösungen und Eröffnungen des Duodenums dieserhalb nie erforderlich. Zur Nachbehandlung wird stets der Hepaticus mittels »wasserdichter Drainage« nach Poppert drainiert. In die Inzision wird ein bleistiftdicker Nélaton eingeführt, gleichviel, ob sich seine Spitze leber- oder darmwärts richtet. Die weitere Öffnung der Choledochuswunde wird genau durch lang gelassene und nach außen geleitete Seidenfäden geschlossen, deren erster den Katheter mit faßt und fixiert. 3—4 Vioformtampons werden um den Nélaton gelegt, die Bauchwunde durch Etagennaht bis auf das Drainageausleitungsloch geschlossen, der Nélaton in eine »Ente« im Krankenbett geleitet. Extraktion der Tampongaze bis zum Ende der 2. Woche, Entfernung der Bauchnähte in der 3., zu welcher Zeit auch versucht wird, die Choledochusnähte durch Zug zu entfernen. Stößt dies auf Schwierigkeit, so wird an den betreffenden Faden ein kleines Gewicht (1 Pfund) gehängt, was sein Durchschneiden prompt besorgt. In einfachen Fällen kann der Choledochuskatheter in der 4. Woche entfernt werden; besteht Cholangitis oder Verdacht auf noch restierende Steine, so wird von der 3. Woche an gespült. Für diesen Zweck wird der Dauerkatheter durch einen dünneren Spülkatheter ersetzt, damit neben ihm Spülwasser (Borlösung) nebst Schleim und Steinresten rücklaufen kann. Nach definitiver Katheterentfernung schließt sich die Wunde meist in 4—5 Tagen. —

Auf die 100 Choledochotomieen (Alter der Pat. 25—67 Jahre, 19 Männer. 81 Frauen) kamen 9 Todesfällen (3mal an cholämischen Blutungen, 3mal an Erkrankungen der Lunge, 2mal an Herzschwäche, 1mal an Collaps und Chok). Die Endresultate sind bei 63 Geheilten feststellbar, wobei sich ergibt, daß 58 dauernd beschwerdefrei geworden sind. Bei 94 Operierten, die überhaupt Choledochalsteine hatten, wurden 20mal Konkremente bei der Operation zurückgelassen, die 2mal die Sektion, 2mal eine neue Cholodochotomie ergab. 3mal gingen Steine spontan und 12mal bei der Ausspülung ab. »Nach Schluß der Behandlung« sind also 7mal Steine zurückgeblieben (in 7,4% der Fälle). Echte Rezidive kamen nicht zur Beobachtung. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 36. **Sonnabend, den 9. September.** **1905.**

Zur operativen Behandlung des Genu recurvatum.

Von

Dr. C. Deutschländer in Hamburg.

Während sich für die seitlichen Kniegelenksverkrümmungen, Genu valgum und varum, operative Behandlungsweisen längst eingebürgert haben, beschränkt man sich bei den Deformitäten des Kniegelenkes, deren Veränderungen im anteroposterioren Durchmesser liegen, Genu recurvatum und Genu subluxatum, mehr auf rein orthopädische Maßnahmen, redressierende Gipsverbände, Apparate mit Sperrvorrichtungen usw., obwohl diese Maßnahmen sowohl in bezug auf ihre Anwendungsweise, als auch in bezug auf den endgültigen Erfolg manches zu

wünschen übrig lassen. Ich möchte daher im folgenden auf ein einfaches Operationsverfahren hinweisen, welches sich mir bei einem paralytischen Genu recurvatum auch im Dauerergebnis mit bestem Erfolge bewährt hat und mir auch hinlänglich begründet zu sein scheint.

Zum Verständnis dieses Verfahrens schicke ich einige Bemerkungen über den Kniegelenksmechanismus voraus. Während bei normalem Kniegelenk die Gelenkkurve eine parabolische Bahn beschreibt, deren Endteil horizontal verläuft, ist bei dem Rekurvationsknie die Gelenkkurve in dem Sinne verändert, daß derselben ein Schlußteil angefügt ist, der, anstatt horizontal zu verlaufen, bogenförmig nach aufwärts sich krümmt; aus der parabolischen Kurve ist also mehr eine ellipsoide geworden. Diese Kurvenveränderung findet darin ihren Ausdruck, daß jener bekannte, nach vorn sich öffnende stumpfe Winkel bei der Streckung entsteht, der das charakteristische Merkmal des Rekurvationsknies darstellt. Die Längsachse des Femur und die des Unterschenkels fallen nicht mehr in dieselbe Ebene; ferner erfährt auch die zentrierte Hauptdrehungsachse des Gelenkes — wenn man sich die verschiedenen Drehungsachsen des Gelenkes in eine einzige zusammengelegt denkt — eine Verlagerung nach vorn vor die senkrechte Körperachse. Diesen Veränderungen der Gelenkkurve liegen selbstverständlich Veränderungen am Knochen zugrunde, die vorzugsweise an den Femurkondylen ausgeprägt sind. Die vorderen Partien der Femurkondylen sind stärker als gewöhnlich abgerundet, und es sind von ihnen noch Teile mit in den Gelenkmechanismus einbezogen, die sonst außerhalb desselben liegen. Es hat also nicht bloß eine einfache Veränderung der Form der Kurve, sondern auch eine nicht unbeträchtliche Vergrößerung derselben und eine Erweiterung des gesamten Gelenkmechanismus stattgefunden.

Für die Therapie ergeben sich aus diesen Verhältnissen zwei verschiedene Möglichkeiten eines operativen Vorgehens. Der eine Weg wäre der, daß man den pathologischen Endteil der Kniegelenkskurve gänzlich auszuschalten suchte. Erreichbar wäre dieses Ziel durch Verkürzung der antagonistischen Beugesehnen, so daß hierdurch eine Überstreckung verhindert würde. Meines Wissens sind auch in dieser Richtung vereinzelte Versuche von Hoffa und Vulpius gemacht worden. Der andere Weg wäre der, dem ansteigenden Schlußteile der Gelenkkurve eine derartige Lage zu geben, daß derselbe wieder horizontal wie beim normalen Gelenkmechanismus verläuft. Zu diesem Zwecke müßten die Femurkondylen so um ihre Achse gedreht werden, daß die vorderen abgerundeten Partien, soweit sie in den Gelenkmechanismus einbezogen sind, nicht mehr einen sich aufwärts krümmenden, sondern einen horizontal gerichteten Verlauf nehmen, und dieses Ziel läßt sich ohne besondere Schwierigkeiten durch eine suprakondyläre, und zwar schräg von oben vorn nach hinten unten gerichtete Osteotomie erreichen. Ich habe diesen zweiten Weg in einem Falle von paralytischem Rekurvationsknie beschritten, und da das nunmehr 2 Jahre bestehende Resultat auch im Dauererfolg voll-

kommen den Erwartungen entsprochen hat, so möchte ich kurz die betreffende Krankengeschichte hier wiedergeben.

Es handelte sich um einen 8jährigen Jungen, der im Sommer 1903 wegen der Folgezustände einer schweren rechtsseitigen spinalen Kinderlähmung in meine Behandlung kam. Das rechte Bein zeigte eine beträchtliche Wachstumsstörung, die sich in einer Verkürzung von 3 cm dokumentierte. An der Hüfte bestand eine paralytische Coxa vara; der Fuß befand sich in Equino-valgusstellung und das Knie wies außer einer geringen Valgusdeformität ein ausgeprägtes Genu recurvatum mit einem Überstreckungswinkel von 160° auf. Der Gang war infolge dieser verschiedenen Deformitäten außerordentlich mangelhaft und unsicher. Die Behandlung der Fuß- und Hüftdeformitäten berühre ich, weil nicht zur Sache gehörig, hier nur ganz kurz. Im ersteren Falle wurde eine Adduktionsankylose im Talo-naviculargelenk und eine Verkürzung der Sehne des Tibialis anticus ausgeführt und die Coxa vara und Beinverkürzung durch eine subtrochantere schräge Osteotomie beseitigt; beide Operationen, zu verschiedenen Zeiten gemacht, hatten den vollen gewünschten Erfolg. Am Knie stand die Rekurvationsdeformität im Vordergrunde, die die an sich schon recht mangelhafte funktionelle Leistungsfähigkeit sehr stark beeinträchtigte; das Genu valgum war im Verhältnis hierzu nur von geringerer Bedeutung. Zur Beseitigung dieser Kniedeformität wurde eine suprakondyläre Osteotomie ausgeführt, und zwar ähnlich wie bei der MacEwen'schen Operation, aber insofern von ihr verschieden, als der Meißel an der Innenseite nicht quer bezw. in leichtem Winkel zur Femurachse aufgesetzt wurde, sondern in einer schräg von oben vorn nach hinten unten geneigten Ebene. Die Neigung dieser Durchmeißelungsebene verlief etwa parallel der Oberfläche der pathologischerweise in den Gelenkmechanismus mit einbezogenen vorderen Femurkondylenpartien. Die letzten Corticalislamellen der hinteren Femurwand wurden analog wie bei der MacEwen'schen Osteotomie nicht durchmeißelt, sondern eingeknickt. Durch eine kräftige Flexionsbewegung an den Kondylen wurde die Rekurvationsstellung korrigiert und gleichzeitig hierbei auch die Valgidität beseitigt. Das Bein wurde alsdann in leichter Flexionsstellung eingegipst. Abnahme des Verbandes nach 3 Wochen und 4wöchentliche Nachbehandlung mit Massage und Gymnastik. Die Röntgenaufnahme am Schlusse der Behandlung zeigte, daß sich der durch die Operation bedingte keilförmige Spalt an der Vorderfläche des Femur völlig mit neuem Knochengewebe ausgefüllt hatte. Die vorderen Partien der Femurkondylen verlaufen, soweit sie in den Gelenkmechanismus einbezogen sind, nicht mehr ansteigend, sondern geradlinig, und infolgedessen tritt rechtzeitige Knochenhemmung ein, so daß eine Überstreckung nicht mehr möglich ist.

Dieses funktionelle Resultat hat sich, wie mir eine in diesen Tagen vorgenommene Nachuntersuchung 2 Jahre post operationem zeigte, auch in vollem Umfang erhalten. Der Gang des Pat. ist, da auch die Eingriffe an Hüfte und Fuß den gewünschten Erfolg hatten, ohne jeden Hilfsapparat vollkommen sicher und ausdauernd geworden. Auch in kosmetischer Beziehung ist er, wenn sich naturgemäß bei der Schwere der Veränderungen ein leichtes Hinken nicht völlig beseitigen ließ, recht zufriedenstellend, wie ich es gelegentlich einer Vorstellung des Pat. im ärztlichen Verein in Hamburg (Sitzung vom 17. Februar 1905) demonstrieren konnte.

Die schräge suprakondyläre Osteotomie bei Genu recurvatum ist meines Erachtens ein durchaus begründeter Eingriff, der dem pathologisch veränderten Gelenkmechanismus in vollem Umfange Rechnung trägt. Die ellipsoide Bahn der Gelenkkurve des Rekurvationsknies wird hierdurch wieder in die parabolische Kurve des normalen Kniegelenkes zurückgeführt. Infolge der Flexionsabknickung der Femurkondylen wird auch die zentrierte Hauptdrehungsachse des Gelenkes

wieder mehr in die senkrechte Femur-Unterschenkelachse zurück verlegt, und gleichzeitig erfährt auch der Oberschenkelknochen an seiner Vorderseite eine Verlängerung, und zwar um die Breite des Spaltes, der durch die Flexionsabknickung der Femurkondylen bedingt ist. In dem vorliegenden Falle hat diese Verlängerung offenbar auch einen günstigen Einfluß auf den paretischen Quadriceps ausgeübt, der infolgedessen in einen stärkeren Spannungszustand versetzt und dadurch funktionell leistungsfähiger wurde.

Ob dieses einfache Operationsverfahren bereits von anderer Seite geübt wurde, entzieht sich meiner Kenntnis. In der mir zugänglichen Literatur habe ich nur den Vermerk gefunden, daß von amerikanischen Chirurgen vereinzelt eine Osteoklase zur Beseitigung des Rekurvationsknies ausgeführt wurde. Von Kisch (Prag) wurde vor kurzem über eine Keilresektion bei Genu recurvatum berichtet; indessen handelte es sich hierbei nicht um ein bewegliches Gelenk, sondern um eine Knieankylose, die in Rekurvationsstellung ausgeheilt war. Wenn auch ein einzelner Fall für die Bewertung eines Verfahrens nicht maßgebend ist, so möchte ich dennoch bei der relativen Seltenheit dieser Deformitäten die schräge suprakondyläre Osteotomie als operatives Verfahren in allen den Fällen von Genu recurvatum zur Nachprüfung empfehlen, in denen aus irgendwelchen Gründen eine unblutige Behandlung nicht angezeigt erscheint.

---

1) **M. Katzenstein.** Über Entstehung und Wesen des arteriellen Kollateralkreislaufs.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 189.)

Die Arbeit basiert auf zahlreichen vom Verf. in den letzten 4 Jahren an 98 Tieren im physiologischen Institut zu Berlin angestellten Versuchen, wobei die Proff. Schultz und J. Munk den Verf. unterstützten. Die Versuche sind zum Teil mit den feinsten physiologischen Kunstmitteln (Curarisierung, künstliche Atmung, Gefäßinjektionen), vor allem mit kymographischen Pulsdruckaufnahmen ausgeführt; ein Teil der für die vom Verf. entwickelten Theorien besonders beweiskräftigen Pulskurven ist reproduziert.

Dem Berichte und der Durchsprechung seiner eigenen Forschungen schickt K. eine wesentlich absprechende kritische Zusammenfassung der bisher zur Theorie des Kollateralkreislaufs veröffentlichten Arbeiten vorauf, von denen aus neuerer Zeit besonders die von Bier und Nothnagel zu nennen sind. K. bespricht sodann gesondert die Vorgänge nach Unterbindung größerer Arterien (Aorta, Iliaca, Femoralis), die auftreten 1) oberhalb bezw. zentral von der Unterbindung; 2) intermediär, d. h. in dem Körperteil, der zwischen dem behandelten Arterienrohr oberhalb der Unterbindung und den größeren Abzweigungen von diesen unterhalb der Unterbindung liegt, also in demjenigen Gebiet, in dem die kollateralen Gefäße sich gerade zu entwickeln haben; 3) die peripherischen Vorgänge bezw. die in den Arterienstämmen und

Zweigen unterhalb der Unterbindungsstelle eintretenden. Die für die Ausbildung des Kollateralkreislaufs wesentlichsten Momente sind nach K. eine Blutdrucksteigerung im zentralen und eine Blutdruckherabsetzung im peripherischen Gebiet. Im intermediären Gebiete gestatten feinste Zwischenverbindungsweglein eine sofortige, zunächst schwache Blutströmung vom zentralen ins peripherische Gebiet, wobei aber dieser Strömung durch die verhältnismäßig viel zu geringe Lichtung der Verbindungsbahnen ein abnorm hoher Widerstand entgegentritt. Diesem erhöhten Widerstand paßt sich das Herz durch vermehrte Tätigkeit an, und äußert sich letztere durch den im zentralen Gefäßgebiete nachweisbaren erhöhten Druck. Zur Entwicklung des Kollateralkreislaufes bedarf es daher eines gesunden, akkommodations- oder kompensationsfähigen Herzens, und sind für solche Versuche nur nicht zu junge Tiere mit normalem Herzen brauchbar. Versagt das Herz die zur Überwindung der nach eingreifenden Unterbindungen eintretenden erhöhten Blutbewegungswiderstände nötige Mehrarbeit, so tritt Tod durch Herzdilatation ein, während beim Menschen, wie K. das an anderer Stelle erörtert hat, eine physiologische Herzfunktionsdiagnostik durch Kompression größerer Arterien und Prüfung der darauf normaliter zu verlangenden Blutdrucksteigerung möglich ist. Die Blutdrucksteigerung, um die es sich nach Unterbindungen großer Arterien handelt, ist eine mehr oder weniger lange, und zwar so lange dauernde und nachweisbare, als der Ausgleich der Zirkulationsverhältnisse beansprucht. Die zunächst und akut der Unterbindung folgende Drucksteigerung kommt hier nicht in Frage. Sie ist eine Folge der zunächst für das zu durchtrennende Zirkulationsgebiet relativ zu groß gewordenen Quantität des zufließenden Blutes. Auf reflektorischem Wege vermindert aber hier der Organismus diese Blutmenge, indem reichlich Blut in andere Körperteile abweicht, namentlich in die Organe der Bauchhöhle (Splanchnicusgebiet). Dagegen führt K. exakt den Beweis, daß, wie gesagt, im zentralen Gebiete der Blutdruck in gewissem Grade dauernd erhöht bleibt. Grad und Dauer dieser zentralen Blutdruckerhöhung wechselt in geradem Verhältnis zu der Größe der unterbundenen Arterie (Aorta, Iliaca usw.; vergl. Zahlen und Kurven im Original). Genau analoge, nur umgekehrte Änderungen zeigt der Blutdruck im peripherischen Gebiete, wo die anfänglich vorhandene starke Erniedrigung des Druckes durch allmählich wieder die Norm erreichende Höhe desselben ersetzt wird. Im intermediären Gebiet ist es K. gelungen, schon nach kurzen Zeiten (2—7 und mehr Tagen) nach den Unterbindungen die feinen Kollateralgefäßchen mit Leimmasse zu injizieren, was seinen Vorarbeitern auf diesem Gebiete nicht geglückt ist. (Technische Details siehe im Original.) Er führte ferner den Nachweis, daß auch in diesem kollateralen Intermediärgebiet ein erhöhter Druck herrscht und bestätigt die Befunde Nothnagel's, daß sich diese Zwischengefäßchen erweitern und in ihrer Wand, namentlich in der Muscularis verdicken. Wie die erhöhte Druckarbeit des Herzens, ist auch diese Gefäßerweiterung und Ver-

dickung als ein Anpassungs- und Reparationsvorgang zu betrachten, den der lebende Organismus leistet. Ist alles ausgeglichen, so ist der Gesamtquerschnitt in der Lichtung der neugebildeten Kollateralen gleich dem früheren in der noch nicht unterbundenen Arterie, womit die durch die Unterbindung bewirkten vermehrten Zirkulationswiderstände beseitigt sind. Herzarbeit, Druckerhöhung im zentralen, Druckveränderung im peripherischen Arteriengebiete können zur Norm zurückkehren. Der Vorgang, der eine Analogie zum normalen Blutkreislauf bildet, spielt sich bei Gefäßen, die zwischen Femoralis und Aorta liegen, innerhalb 3 Monate ab. Der Arbeit ist ein Literaturverzeichnis von 32 Nummern beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **Friedrich.** Die Behandlung infektionsverdächtiger und infizierter Wunden, einschließlich der panaritialen, phlegmonösen, furunkulösen Entzündungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

In dem äußerst interessanten Vortrage bringt F. in klarer, gedrängter Übersicht seine bekannten, mit der Praxis in vollem Einklange stehenden Anschauungen über das Wesen der Infektion und ihre Behandlung. Er hebt vor allen Dingen den Unterschied hervor zwischen einer Infektion mit angezüchtetem Material und dem Materiale, wie es gewöhnlich die Infektion der Wunde aus der Außenwelt bedingt (Staub, Erde) und zeigt, daß unsere durch die Schimmelbusch'schen Versuche bedingte absolute Skepsis nicht gerechtfertigt war, sondern daß wir in den ersten 6—8 Stunden nur das Recht haben, eine Wunde als infektionsverdächtig anzusehen. In dieser Zeit kann durch eine exakte Exzision der Wundränder, vorausgesetzt, daß die Wunde dazu geeignet ist, eine Wundinfektion oder gar Allgemeininfektion mit Bestimmtheit vermieden werden. Von ferner großer Bedeutung ist die Rücksicht auf die physikalische Beschaffenheit der Wunde und die Vermeidung jedes innergeweblichen Druckes. Die auf diesen beiden Grundgedanken aufgebaute Wundbehandlung wird im einzelnen genauer besprochen, und zwar mit Rücksicht auf die infektionsverdächtigen und bereits infizierten — sowohl mit örtlich eingeengter wie mit fortschreitender Infektion — Wunden. Die Besprechung bietet eine solche Fülle des Interessanten, daß die Lektüre des Aufsatzes auch den Fachgenossen nicht warm genug empfohlen werden kann. **Borchard** (Posen).

---

3) **v. Kirchbauer.** Behandlung der Furunkulose und Follikulitis mit Hefepräparaten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 18.)

v. K. empfiehlt die äußere Anwendung der Hefe am besten in Form der Salizylschwefelhefeseife. **Borchard** (Posen).

---

4) **Neumann.** Operationslose Behandlung der Angiome.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 20.)

N. empfiehlt die Behandlung der Angiome mit Chlorzink (Zinc. chlor. pur. sicc. 5,0—10,0, Collod. elast. dupl. ad 100,0, tüchtig umgeschüttelt mit einem Haarpinsel aufzutragen) als allen anderen Behandlungsmethoden überlegen. Wenn das aufgetragene Chlorzink nicht ausgereicht hat, das ganze Angiom zu mortifizieren, so wird auf die stehengebliebenen Reste Acid. arsenicos., Sulf. depur. āā 4,0, Ung. cerei ad 100,0 aufgelegt, und dann können die nekrotischen Teile ohne jede Blutung mit dem scharfen Löffel herausgehoben werden, resp. man läßt sie sich von selbst abstoßen.

Betreffs der Einzelheiten der Behandlung, die genau zu beachten sind, muß auf das Original verwiesen werden. **Borchard** (Posen).

---

5) **E. Potherat.** Nevralgie faciale. Résection du nerf maxillaire supérieur.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 227.)

P. folgt bei der Resektion des II. Astes des Trigeminus im allgemeinen den Vorschriften Lossen-Braun-Segond's, verwirft das blinde Vorgehen Poirier's von einem ganz kleinen Schnitt aus, legt vielmehr Wert darauf, wenn auch ohne unnötig großen Schnitt den Nervenstamm so aufzusuchen und bloßzulegen, daß er ihn unter Leitung des Auges von seiner Austrittsstelle aus dem Foramen rotundum anhaken, vorziehen und durchschneiden kann. Um ihn sicher zu finden, soll man den vorderen, zum großen Teil sehnigen Rand des M. pterygoideus externus bloßlegen. Hält man ihn zurück, so sieht man bei der Frau ohne weiteres den Nervenstamm unmittelbar nach innen von der Insertion dieses Muskels. Beim Manne verbirgt er sich infolge kräftigerer Entwicklung der Kaumuskulatur hinter einem Knochenvorsprung am vorderen Ende einer Leiste, die die untere von der lateralen Fläche des großen Keilbeinflügels scheidet; schlägt man diesen Vorsprung mit Hammer und Meißel ab, so liegt der Nerv bloß, wie bei der Frau. Die von Guinard vorgeschlagene gleichzeitige Exzision des Meckel'schen Ganglion und des die Fossa pterygoidea ausfüllenden Fettgewebes, um ja jedes Nervenzweiglein zu zerstören, hält er für unnötig und verwirft sie als zwecklose Wundkomplikation. **Reichel** (Chemnitz).

---

6) **G. Perthes.** Über Nervenregeneration nach Extraktion von Nerven wegen Trigeminusneuralgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 401.)

P. hat über den Gegenstand dieser Arbeit auf der vorjährigen Naturforscherversammlung Vortrag gehalten, und verweisen wir diesbezüglich auf den im vorjährigen Bande unseres Blattes p. 1327 erschienenen Selbstbericht. Hinzuzufügen ist nur, daß die vorliegende

Abhandlung die genauen Krankengeschichten der beiden in Leipzig beobachteten Fälle, die den Beweis für die fragliche Nervenregeneration liefern, beibringt nebst Abbildung der dazu gehörigen makro- und mikroskopischen Präparate. Auch wird in einem Nachtrag über ein an einem Hunde gemachtes gelungenes Tierexperiment berichtet. Es war der N. infraorbitalis extrahiert und der entfernte Nervenkanal mit einer Goldplombe verschlossen worden, das Tier ist dann nach 7 Monaten getötet. Die Untersuchung ergab, daß die Plombe, wie beabsichtigt, jede Nervenregeneration verhindert hatte, so daß das Verfahren sehr wohl für die praktische Chirurgie erstrebenswert sein dürfte. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

7) **P. Gerber** (Königsberg). Das Sklerom in den russischen und deutschen Grenzgebieten und seine Bekämpfung.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 392.)

G. hat seine bereits im Jahre 1900 aufgestellte Behauptung bestätigt gefunden, daß die in Ostpreußen bisher beobachteten Fälle von Sklerom sich bald mehren würden und einer Verschleppung aus Rußland ihre Entstehung verdanken. In vorliegendem Vortrage weist er dies überzeugend nach und zeigt an der Hand der Literatur und von Karten, daß in Deutschland ebenso wie in den anderen Skleromländern sowohl kompakte Herde — Oberschlesien und Ostpreußen — wie auch vereinzelte, scheinbar ganz zusammenhangslose, in Wirklichkeit aber fast kontinuierlich mit außerdeutschen Herden zusammenhängende Fälle bestehen. Es sind daher umfassende und energische Maßnahmen dringend geboten, die nicht bloß in Deutschland und Österreich, sondern auch in Rußland an drei Stellen — bei den Behörden, bei den Ärzten und bei den Kranken — einsetzen müssen und von G. des näheren besprochen werden. Hierzu ist aber in erster Reihe eine bessere Kenntnis des Wesens dieser chronischen, sich lediglich in den oberen Luftwegen abspielenden und nur bisweilen noch auf die äußere Nase und die Oberlippe übergreifenden Infektionskrankheit notwendig. G. gibt hierfür eine Zusammenstellung der diagnostischen Merkmale des Skleroms, zugleich damit eine Reihe lehrreicher Abbildungen der Befunde in der Nase, im Nasenrachenraum, Rachen, Kehlkopf, Luftröhre und der selten auch an der äußeren Nase und Oberlippe auftretenden Veränderungen und weist auf die Möglichkeit der Verwechslung der einfacheren Formen mit chronischen, mit Atemnot einhergehenden Katarrhen, besonders trockenen Charakters, der komplizierten mit Tuberkulose, namentlich des Kehlkopfs, und mit Syphilis der Nase und des Rachens hin. Da das Sklerom gewöhnlich erst nach den Pubertätsjahren sich zeigt und vorwiegend eine Armeleutekrankheit darstellt, wird an dasselbe beim Ersatzgeschäft bei der Untersuchung Gestellungspflichtiger mit verdächtigen Katarrhen oder zweifelhaften tuberkulösen und syphilitischen Affektionen der oberen Luftwege zu denken sein. **Kramer** (Glogau).

---

8) A. Lichtenberg. Über die Herkunft der para-urethralen Gänge des Mannes. (Aus der chir. Klinik in Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 25.)

Entwicklungsgeschichtliche Studien in dem Urogenitalgebiete des Mannes haben dem Verf. ergeben, daß die para-urethralen Gänge an der dorsalen Penisfläche in der Raphe Drüsen sind, welche bei der Bildung der Harnröhre zugleich mit einem betreffenden Teile des Harnröhrenseptums abgeschnürt wurden und sich selbständig weiter entwickelten. Auch die ventral oder dorsal von der normalen Harnröhrenöffnung mündenden Gänge sind nichts anderes als Septumdrüsen, ebenso wie die Gänge des Präputium, dessen Frenulum die Fortsetzung der Raphe darstellt und dieselbe Entstehungsursache hat.

Bei gonorrhoischer Erkrankung verschwinden die Drüsenelemente in dem befallenen para-urethralen Gang und werden als Folge einer entzündlichen Metaplasie von geschichtetem Pflasterepithel ersetzt.

Kramer (Glogau).

---

9) P. Stolper. Die Beckenbrüche mit Bemerkungen über Harnröhren- und Harnblasenzerreißungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 498.)

Frühere dienstliche Stellungen des Verf.s als Assistent des Breslauer pathologischen Instituts unter Ponfick, sowie am Lazarett in Königshütte unter Wagner und als Sachverständiger in Unfallsachen in Breslau boten dem Verf. ungewöhnlich reichliche Gelegenheit, die Beckenbrüche anatomisch, klinisch und in ihrer Bedeutung für Invaliditätsversicherung kennen zu lernen. Insbesondere gingen in Königshütte dem Verf. viel einschlägige Verletzungen aus der Bergwerkspraxis zu infolge von Verschüttung, Überfahrung, Sturz mit dem Gesäß auf Eisenbahnschienen, Eindrängen des Verletzten zwischen fahrende Eisenbahnwagen und Schachtwände, wobei Pat. um sich selbst gerollt wird, oder zwischen Wagenpuffer, wobei er »gepuffert« wird. Die Becken der in solchen Fällen Getöteten sind sorgfältig untersucht und lieferten, der Leiche entnommen und mazeriert, das Material zu einer stattlichen Frakturbeckensammlung, zu der auch das gleiche, ebenfalls schöne Stücke besitzende Material des Breslauer pathologischen Instituts hinzukommt. So kann S. dem anatomischen Teile seiner Arbeit 33 Präparate zugrunde legen, von denen die wichtigsten in 35 Abbildungen, teils in skizzierter, teils in photographischer Ausführung dem Texte der Abhandlung beigefügt sind — sie illustrieren den letzteren vorzüglich. Derselbe ist in drei Teile eingeteilt: A. die anatomischen, B. die klinischen Verhältnisse der fraglichen Brüche, C. die Harnblasen- und Harnröhrenverletzungen, als die wichtigsten Komplikationen der Beckenbrüche. Betreffs der anatomischen Erörterungen kann auf den Vortrag S.'s auf der Naturforscherversammlung in Karlsbad verwiesen werden, über den der Autor selbst im Jahrg. 1902 d. Zentralbl. p. 1280 berichtet hat. Seinem eigenen Referate möchten wir

nur hinzufügen, daß S. das Vorkommen reiner Verrenkungen in den Synchondrosen bezw. Symphysen des Beckens nicht anerkennt. Die allerdings ja nicht ungewöhnlichen Lockerungen in den Knochenverbindungen des Beckens sind tatsächlich stets mit Knochenbrüchen kompliziert, also höchstens als »Luxationsfraturen« zu kennzeichnen — am besten läßt man den Begriff der Luxationen am Becken ganz fallen. Im übrigen ist die Reichhaltigkeit und Genauigkeit der Befundaufnahmen an dem bearbeiteten Materiale, sind dazu die guten vielen anschaulichen Abbildungen nur anerkennend als sehr instruktiv hervorzuheben; dies gilt besonders auch betreffs der Präparate von geheilten Beckenfrakturen, an denen überreiche, »luxuriierende« Callusentwicklung an verschiedensten Stellen, nebst allerhand Deformationen auffällig hervortritt. Hinderungen der Hüftbewegung (Abduktion, Adduktion), Verlängerungen und Verkürzung des Beines, dunkle ischiadische Beschwerden (bei Callusentwicklung an den Sakrallöchern) werden durch solche Präparate verständlich. Betreffs der klinischen Erörterung gründet sich die Diagnose einem frischen Falle gegenüber wesentlich auf Palpationen und die Erzeugung von Druckschmerz an bruchverdächtigen Stellen, als welche die erfahrungsgemäß als Lieblingsstellen von Bruch bekannten Knochenpartien natürlich zunächst in Frage kommen. Bekanntschaft des Untersuchers mit diesen Punkten, Übung im Abtasten der Beckenkonturen bedingen hier die Möglichkeit eines treffenden Urteiles, das abzugeben gewiß nicht leicht ist. Denn oft gilt es auch Hüftverrenkungen, Schenkelhalsbrüche usw. differentialdiagnostisch zu berücksichtigen. Jedenfalls wird die richtige Diagnose, wie die Betriebsunfallsinvalidengutachterpraxis lehrt, häufig verfehlt. Ähnlich wie bei den Kontusionen der Wirbelsäule, die, häufig hinterher die »Spondylitis traumatica« hinterlassend, sich als Wirbelknochenverletzung herausstellen, ist auch bei Beckenkontusion stets an Knochenbrüche zu denken, und wird man nicht selten bei chronischen Beschwerden nach solchen Verletzungen Anhaltspunkte für Knochenbrüche finden, die die Klagen der Rentensucher begründet erscheinen lassen. Asymmetrie beider Beckenhälften, manchmal mit sekundärer Wirbelsäulenverbiegung, scheinbare Verlängerung oder Verkürzung eines Beines, Muskelatrophie des Oberschenkels auf der geschädigten Seite, leichte Konturunterschiede zwischen beiden Symphyses sacro-iliacae, Störung der Abduktion oder Adduktion eines oder beider Oberschenkel, Beweglichkeitsstörung und Reiben im Hüftgelenke (bei geheiltem Pfannenbruch) kommen hier neben dem Nachweis von Callusgeschwulst oder lokaler Druckempfindlichkeit in Betracht, Röntgen weniger.

Die Diagnose der bei Beckenbrüchen so häufigen und wichtigen Harnröhrenverletzung ist leicht genug, sie gründet sich auf die Blutung aus der Harnröhre. Den therapeutischen Grundsätzen seines früheren Chefs Wagner folgend empfiehlt S. hier ein für allemal die sofortige äußere Urethrotomie; abwartende und Katheterbehandlung sind gänzlich zu verwerfen; sie führen zu septischer Urininfiltration und schwerer Strikturbildung, wie mehrere beigebrachte Beobachtungen belegen. Die

Blasenverletzung ist schwieriger zu erkennen. Hier ist zur Diagnose der Gebrauch eines Katheters, aber nur eines Nélaton, nicht immer zu umgehen, unter Umständen ein Probeschnitt erforderlich. Behufs eines solchen, sowie einer kurativen Operation (Laparotomie, Blasennaht) gehören die Verletzten in ein chirurgisches Krankenhaus.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

10) **C. L. Leonard.** 40 cases of urethral calculus, in which the Roentgen diagnosis was confirmed by the recovery of the calculus.

(Lancet 1905. Juni 17.)

Verf. mißt der Röntgendiagnostik für Nieren- und Harnleitersteine mit Recht eine sehr wichtige Bedeutung bei. Die Röntgenaufnahme sollte nach Verf. bei keiner Nierenkrankheit, der Sicherheit wegen auch nicht bei den »medizinischen«, fehlen. Ein Nierenstein gibt eine unbedingte Operationsindikation, keineswegs tut dieses aber ein Harnleiterstein, der an und für sich häufiger ist, als der Nierenstein. Was die Harnleitersteine angeht, so pflegen sie sich an drei Stellen des Harnleiters festzusetzen, an der Kreuzungsstelle der Arteria iliaca, im Beginne der juxtavesicalen Portion des Harnleiters und vor der Blaseneinmündungsstelle. An allen diesen drei Stellen ist er unter Umständen direkt, sei es von oben oder durch Mastdarm oder Scheide zu tasten. Der Harnleiterstein geht in den weitaus meisten Fällen spontan ab, so in 26 Fällen Verf.s, unter geeigneter Behandlung (Mineralwässer, Buttermilch, event. Massage von Mastdarm oder Scheide aus). Ein Kolikanfall ist als günstiges Zeichen und auf baldige Genesung hinweisend anzusprechen; es ist unzweckmäßig, ihn durch absolute Ruhelage abzukürzen. Je nach Sitz des Steines zeigt der Anfall ein gänzlich verschiedenes Symptomenbild.

Die Röntgendiagnostik möchte Verf. unter keinen Umständen bei dem Leiden mehr entbehren; sie ist nach positiver und negativer Seite hin allen anderen Untersuchungsmethoden überlegen: unter 330 untersuchten Fällen fanden sich weniger als 3% Irrtümer. Die Methode ist dabei gefahrloser als Harnsegregation, Harnleiterkatheterismus, Cystoskopie und Sondieren der Blase, obwohl diese Hilfsmittel natürlich ihren Wert als solche behalten. Die Gleichheit der Röntgenstrahlen bei der Aufnahme ist wichtig; die Röhre muß während der ganzen Aufnahme in demselben Vacuumgrad erhalten bleiben. Man soll mit 20 oder weniger Volt arbeiten; eine Kompressionsblende ist dann nach Verf. nicht nötig. Die diffusen Strahlungen resultieren nach Verf. aus dem Gebrauche höherer Voltmengen.

Die Arbeit enthält eine Fülle belehrenden Stoffes und zeugt von der großen Erfahrung des Verf.s auf dem Gebiete.

H. Ebbinghaus (Dortmund).



11) **A. Schäfer.** Die Behandlung des Kryptorchismus. (Aus der chir. Abteil. des Friedrich Wilhelm-Stifts in Bonn a. Rh. Prof. Dr. O. Witzel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

Die von Witzel seit Jahren mit bestem Erfolge geübte, der Gersuny'schen ähnelnde Methode der Behandlung des Kryptorchismus besteht in folgendem: Nach mehrtägiger energischer Reinigung und Desinfektion des Operationsgebietes wird ein über dem Leistenkanal beginnender, möglichst kurzer Schnitt am Hodensack angelegt, Hoden und Samenstrang mit Bruchsack isoliert, letzterer abgetragen, die Bruchpforte durch Silberdrahtnähte verschlossen und der Samenstrang stark überdehnt. Sodann wird nach einer Inzision im Septum scroti durch diese der anderseitige Hode in die leere Scrotalhälfte hinübergeschoben, mit dem heruntergeholten Hoden vernäht und schließlich wieder mit diesem in die Scrotalhälfte der gesunden Seite verlagert, worauf die Inzisionswunde im Hodensacke soweit durch Nähte verengert wird, daß eine Schnürung des Funiculus nicht stattfindet. Bei beiderseitigem Kryptorchismus wird zunächst in gleicher Weise vorgegangen, dann aber der rechte Hoden in die linke, der linke in die rechte Scrotalhälfte durch die Öffnung der Scheidewand verlagert.

Kramer (Glogau).

---

12) **F. Legueu.** De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 136.)

L. hat die Exstirpation der tuberkulösen Samenblasen in sechs Fällen ausgeführt. Nur einmal schuf er sich den Zugang von einem Leistenschnitt aus. So rationell dieser Weg scheint, um gleichzeitig das kranke Vas deferens zu entfernen, so wenig bietet er Übersicht; L. hält die Operation auf diesem Wege für schwierig, nicht ungefährlich, wenig praktisch; zudem hat sie den Nachteil, daß man bei doppelseitiger Erkrankung den Schnitt auf beiden Seiten führen muß. — In seinen fünf anderen Fällen benutzte L. den perinealen Weg. Mittels eines leicht bogenförmigen Dammquerschnittes dringt er vor wie zur Prostatektomie und löst die Gewebe stumpf auseinander, soweit sie sich lösen lassen. Sowie er die derben, höckrigen, vergrößerten Samenblasen fühlt, schneidet er längs auf ihre Unterfläche ein und schält sie aus ihrer Hülle. Manchmal gelingt das leicht; in Fällen, in denen die Entzündung zu Verwachsungen mit der Umgebung geführt hat, ist die Auslösung oft sehr schwer, radikal zuweilen unmöglich. Besonders schwierig ist die Auslösung des oberen Poles; L. rät, sich zu ihm an der Vorderfläche der Samenblase, unter vorsichtigem Anziehen ihres unteren Poles mit einer Zange, in die Höhe zu arbeiten. — Das Vas deferens wird, falls keine Epididymitis auf der gleichen Seite besteht, nur hoch oben in der Wunde unterbunden und diese drainiert und geschlossen. Bei gleichzeitiger tuberkulöser Epididymitis wird das

Vas deferens gleich von der Dammwunde aus möglichst hoch hinauf ausgelöst und dann von einem Leistenschnitt aus entfernt. — Von den sechs Pat. L.'s wurde einer erst kürzlich operiert; ein zweiter starb nach einem Jahr an Lungentuberkulose; die übrigen vier Operierten befinden sich noch wohl.

L. hält die bisher vielfach vertretene Ansicht, daß die Exstirpation der tuberkulösen Samenblasen aussichtslos und daher zwecklos sei, für unrichtig. In manchen Fällen soll freilich die Samenblase sekundär von einem primär tuberkulös erkrankten Hoden aus infiziert werden; weit häufiger aber sei die Samenblase primär erkrankt; erst von ihr aus vollziehe sich die Ausbreitung der Tuberkulose auf Vas deferens und Nebenhoden. Ferner besitze die Tuberkulose der Samenblase eine gewisse Gutartigkeit und bleibe oft jahrelang eine geschlossene Tuberkulose, die sich zur Exstirpation sehr gut eigne. — Gleichzeitige Blasentuberkulose und auch Lungentuberkulose kontraindizieren die Operation. **Reichel** (Chemnitz).

Kleinere Mitteilungen.

13. **P. Sick.** Die Holzphlegmone (Reclus).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 311.)

S. beschreibt einen einschlägigen, in Kiel beobachteten Fall, eine 42jährige Frau betreffend, die vor 5 Jahren eine Lungenentzündung mit sich anschließender und Aufmeißelung erfordernder Eiterung des linken Warzenfortsatzes durchgemacht hatte. Nachdem eine linke Kieferwinkeldrüse angeschwollen und erhebliche Schluckbeschwerden hinzugekommen waren, trat die charakteristische Infiltration mit Schwellung und Rötung der Halshaut vom Warzenfortsatz und Kieferrand bis zur Mittellinie und fingerbreit bis ans Schlüsselbein heran ein. Deutlich erhabene Ränder des Infiltrates mit abnormer Derbheit bei geringem Hautödem und Mangel an Schmerz, Fieber und Atemnot. Lues, Tuberkulose, Karzinom als wenig wahrscheinlich ausschließbar. Unter einfacher, mehr exspektativer Behandlung mit großen feuchten Verbänden (Borkompressen) trat binnen etwas über Monatsfrist völlige Heilung ein.

S. spricht diesen Fall gründlich durch, wobei er die Arbeiten von Schmincke (dieses Blatt 1905 p. 5) und Merkel (dieses Blatt 1904 p. 1377) kritisch-polemisierend beleuchtet. Die Berechtigung des von Reclus in die Wissenschaft eingeführten Krankheitsbildes der »Holzphlegmone« anerkennend, bezeichnet er als solche »eine eigentümlich chronisch verlaufende Entzündung hauptsächlich der Subcutis, aber auch des tieferen Bindgewebes, welche für gewöhnlich weder Fieber- noch Krankheitsgefühl erzeugt, sich pathologisch durch eigenartig hohe entzündliche Reaktion des infizierten Bindegewebes und geringe oder rasch abnehmende Virulenz mehr oder weniger pyogener Bakterien, event. auch höherer Pilze, auszeichnet. Eine ganze Reihe von Mikroben kann denselben Erfolg hervorrufen, jedenfalls müssen aber Neoplasma und Aktinomykose differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

14) **Veraguth** (Zürich). Trauma und organische Nervenkrankheiten.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905. Nr. 10.)

Mit erquickend kritischem Sinne behandelt V. das viel erörterte Gebiet der kausalen Bedeutung von Traumen für die Entwicklung organischer Nervenkrankheiten an der Hand von acht Fällen, von denen jeder einen Typus darstellt. Er gruppiert in folgender Weise:

1) Das Trauma durchbricht Hüllen des Nervensystems und zerstört Teile desselben. (Beispiele: Schädelschüsse, Wirbelbrüche mit Rückenmarksverletzung). Der hierfür angeführte Fall: Traumatische Zerstörung des rechten Stirnbeines und des Frontalpoles des Stirnhirnes bei einem mit Stigmatis degenerationis behafteten 30jährigen Manne, der schließlich auch eigentümliche Motilitätsstörungen und ein auffallendes Verhalten bei Aufnahme eines Assoziationsversuches zeigte, lehrt, daß auch bei so offenkundig schwerem Trauma der Kausalzusammenhang zwischen Trauma und gewissen Symptomen noch unklar bleiben kann.

Der zweite Fall betrifft eine lange unerkannt gebliebene Fremdkörperverletzung des N. ulnaris mit Reflexepilepsie, die erst Jahre nach der Entfernung des Fremdkörpers (Stopfnadelspitze) in Heilung überging.

In die zweite Gruppe rechnet V. Fälle, wo das Trauma Teile des Nervensystems unter unversehrten Hüllen zerstört, z. B. durch Vermittlung des Gefäßsystems (Fettembolie, Metastase von Infektionsherden, von Geschwülsten; Hämatome, Spätapoplexien, aber auch die direkte Myelodelese, welchen Ausdruck Kienböck's V. als nichts präjudizierend akzeptiert.

Hier trifft das Trauma meist in Form von Erschütterungen den ganzen Körper oder den Kopf oder die Wirbelsäule, welche ihrerseits die Gewalt auf das Nervensystem überleiten, ohne in ihrem übrigen Gewebe eine Kontinuitätstrennung zu erleiden.

V. nimmt an, daß durch Trauma bedingte heftige Schwankungen im Gefäßsystem eine Rolle bei der Verschleppung von pathogenen Keimen, Fett oder Geschwulstpartikelchen spielen können und bezieht sich dabei auf die Versuchsergebnisse von Ehrenroth, der bei intravenösen Bakterienkulturen deren Ansiedlung im Gehirne durch Kopfschläge veranlassen konnte.

Auf den (auch im Zentralblatte referierten) Versuchen von Luxenburger fußend, nimmt Verf. eine besondere traumatische Reaktion des Neurons an und versteht darunter intrazelluläre, nicht interzelluläre Vorgänge. Diese besondere Verletzbarkeit des Nervengewebes sieht er begründet in der großen Ausdehnung der Zellen (Pyramiden, periphere sensible Neurone) darin, daß gewisse Nervenzellen zu den phylogenetisch jüngsten und daher am wenigsten regenerationsfähigen Zellen des Körpers gehören. Endlich darin, daß in der Nervenzelle eine durch die normale Funktion schon bedingte Vorstufe für diesen pathologischen Abbau vorhanden ist (Edinger).

Bei dem hierfür angeführten Falle von posttraumatischer spastischer Spinalparalyse kommt er auf die Annahme einer posttraumatischen Nekrose im Sinne von Schmaus hinaus, doch nicht ohne selbst allerhand Fragezeichen einzuschalten.

Noch strenger ist er bei der Abwägung des kausalen Zusammenhanges bei den übrigen Fällen, deren Überschrift schon die Vorsicht der Deutung erkennen läßt: Trauma, im zeitlichen Anschluß daran Polyomyelitis anterior, Trauma in der Krankengeschichte einer multiplen Sklerose, Trauma in der Anamnese einer Syringomyelie; Trauma-Sarcoma piae. Diese Art von Erörterung der ursächlichen Bedeutung des Traumas für organische Nervenkrankheit wird unsere Kenntnis derselben fördern, nicht aber die kritiklose Mitteilung von einschlägigen Fällen, bei denen die Zubilligung einer Rente das wesentlichste Stück der Beweisführung für den Kausalnexus darstellt. Deshalb ist V.'s Schlußsatz sehr beherzigenswert:

Wer sich in einem konkreten Fall ein Urteil bilden will über den Kausalnexus zwischen Trauma und organischer Nervenkrankheit, der kann die Anamnese nicht minutiös genug, den Tatbestand des Traumas nicht eingehend genug, den Status des Kranken nicht detailliert genug und den eventuellen autoptischen Befund nicht kritisch genug aufnehmen. **Stolper** (Göttingen).

15) **Ferrarini e Ventura.** Sul modo di compostassi delle terminazione nervose nei muscoli degli arti sottoposti all' immobilizzazione.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 1.)

Die Untersuchungen sind ein Teil einer beabsichtigten umfassenderen Arbeit über das Verhalten des motorischen Apparates in immobilisierten Gliedern und

beziehen sich auf das Verhalten der Nervenendigungen in den Muskeln. Die Experimente sind an Kaninchen ausgeführt. Die Resultate werden durch eine Reihe schöner Photogramme illustriert. Nach einer Immobilisierung bis zu 3 Monaten traten Veränderungen an den neuromuskulären Stämmchen, den Golgi'schen Organen und den Pacini'schen Körperchen nicht auf. Die motorischen Endplatten zeigen keine Veränderungen an den Verzweigungen der Achsenzylinder. Die granulierte Substanz zeigt sich gewöhnlich geschwellt, und die Körner treten mehr hervor. Aber auch diese Veränderungen sind nicht konstant, und es ist nicht sicher, ob nicht artifizielle Veränderungen mitspielen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

16) **C. Tollens.** Zur Behandlung kavernöser Tumoren mit Magnesiumstiften.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 309.)

In der Göttinger Poliklinik (Prof. Rosenbach) wurde an einem Hautangiom auf dem Oberarm eines 4monatigen Kindes die Payr'sche Behandlung mit Magnesiumstiften versucht, indes mit völlig negativem Erfolge, so daß schließlich zur Exzision geschritten werden mußte. T. fügt seinem Berichte zwei mikroskopische Bilder der Geschwulst bei, auf denen die völlige Unzulänglichkeit der durch die Magnesiumstifte bewirkten Reaktion gut ersichtlich ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

17) **Ricard.** Appareil à chloroforme.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 39.)

18) **Quénu.** Chloroformisation.

(Ibid. p. 56.)

Das Interesse an der Frage, die Gefahren des Chloroforms durch eine bessere Art der Verabreichung möglichst zu vermindern, fängt jetzt auch in Frankreich an, sich mehr zu regen. R. beschreibt einen nach seinen Angaben von Collin konstruierten Apparat, der es gestattet, die Chloroformdämpfe ganz nach Wunsch in verschiedenster Konzentration dem Pat. zuzuführen. Ein Ventil sorgt dafür, daß die Exspirationsluft direkt aus der Maske nach außen tritt, die Einatmungsluft direkt aus dem Chloroformapparate strömt. R. rühmt dem Gebrauche seines Apparates, dessen nähere Beschreibung im Originale nachgelesen werden muß, nach, daß die Narkose eine weit ruhigere ist, der Verbrauch an Chloroform sehr verringert wird, der Operierte schnell wieder erwacht und meist frei von Erbrechen bleibt.

Reynier tadelt an dem Apparate das Vorhandensein eines Ventils; ein solches könne durch unrichtiges Funktionieren stets einmal Gefahr bringen. Er selbst ersann daher einen anderen Apparat ohne Ventil, den er auch näher beschreibt.

Q. bedient sich seit einigen Monaten des Roth-Dräger'schen Apparates und ist mit ihm außerordentlich zufrieden. Die Schüler lernen den Apparat leicht gebrauchen, der Chloroformverbrauch ist gering, die Narkosen sind sehr ruhig und gleichmäßig; das Erbrechen nach der Narkose ist selten.

Kirmisson bestätigt diese günstigen Ergebnisse auf Grund gleicher Erfahrungen mit dem Roth-Dräger'schen Apparate.

Aus der langen sich anschließenden Diskussion sei noch hervorgehoben, daß allerdings die Mehrzahl der sich zum Worte meldenden Mitglieder der Pariser chirurgischen Gesellschaft für den Gebrauch eines der Apparate von R., Reynier oder Roth-Dräger eintraten, daß einige gewichtige Stimmen sich aber auch für Beibehaltung des Chloroformierens mit der Kompresse aussprachen. Lucas-Championnière hebt namentlich hervor, daß der Apparat leicht dazu führen könne, das Gefühl der Verantwortlichkeit dessen, der das Chloroform verabreicht, zu mindern, daß auch die Tierexperimente nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen werden dürfen, da die Individuen dem Chloroform gegenüber sich allzu verschieden verhielten. — Routier hat mit dem Roth-Dräger'schen Apparate

selbst schlechte Erfahrungen gemacht, allerdings nur bei fünf Narkosen, und hat die Versuche mit ihm daher wieder aufgegeben. Eine gleich schlechte, unruhige Narkose bei Anwendung des gleichen Apparates sah er bei Delbet; allerdings wurde die Narkose sofort ruhig, als der Chloroformisator wechselte. Routier schließt daraus, daß es nicht so sehr auf die Art der Verabreichung des Chloroforms ankommt, als auf die Person dessen, der es verabreicht. — Berger verwirft die Chloroformapparate fast ganz, da sie die Aufmerksamkeit des Chloroformierenden von dem Pat. ablenken, von dieser unausgesetzten Aufmerksamkeit auf Atmung, Puls usw. aber der ganze Erfolg abhänge; auch verdeckten die Masken das Gesicht, seien daher bei Operationen an Nase, Mund usw. gar nicht anwendbar. — Kirmission, Monod, Ricard suchen diese Einwände zu entkräften. Zur Ausführung von Operationen im Gesicht ersann Delbet bereits ein Instrument, welches direkt in den Mund eingeführt wird, den Kehlkopf bedeckt und so die direkte Zuleitung der Chloroformdämpfe in die Luftwege gestattet, ohne die Operation am Gesichte zu hindern. **Reichel** (Chemnitz).

19) **Desjardins.** Note sur l'emploi de la scopolamine, comme anesthésique général en chirurgie. Rapport par M. F. Terrier.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 176.)

D. und Terrier berichten auf Grund einer freilich beschränkten Zahl von Fällen über sehr günstige Erfolge mit der Skopolamin-Morphiumnarkose. Sie benutzten die Bloch'sche Lösung: Bromhydrate de scopolamine 0,0012, Chlorhydrate de morphine 0,012, Eau destillée 1,0, und injizierten je eine Spritze 4 Stunden, 2 Stunden und 1 Stunde vor der Operation. Zur Erzielung voller Narkose bedurften sie freilich mehrfach noch geringer Chloroformdosen. Ernstere Störungen beobachteten sie nicht. Als Nachteile der Skopolaminnarkose nennt Terrier: 1) die Ungleichmäßigkeit ihrer Wirkung, die vermutlich von der leichten Zersetzlichkeit des Präparates abhängt; 2) die allgemeine Gefäßerweiterung, die zuweilen die Blutstillung etwas erschwert und dadurch zeitraubend ist; 3) die ungenügende Erschlaffung der Bauchdecken, wodurch Laparotomien erschwert werden können. Beide Autoren empfehlen, das Präparat nur von Merck in Darmstadt zu beziehen. **Reichel** (Chemnitz).

20) **Landau.** Der Tod in der Morphium-Skopolaminnarkose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 28.)

66jähriger Herr, geringe Arteriosklerose. 2 Stunden vor der Operation 0,9 mg Skopolamin, 2 cg Morphium. Tiefe Narkose. Entfernung einiger Hämorrhoidalknoten. Tod nach etwa 3 Stunden unter dem Bilde der Herzlähmung, nachdem Pat. 1 Stunde nach der Operation erwacht war. Trotzdem also bei beiden Medikamenten noch nicht die Einzeldosis der Pharmakopoe erreicht war, trat der Tod ein. Es mahnt dieser Fall, wie die vielen anderen mitgeteilten Todesfälle in der Morphium-Skopolaminnarkose, doch mit einer weiteren Verbreitung dieser Methode noch recht vorsichtig zu sein. **Borchard** (Posen).

21) **Herescu.** Über Rhachiostovainisierung.

(Soc. de chir. in Bukarest 1905. März 2.)

H. hat die in letzter Zeit viel gelobte Anästhesie durch Einspritzung von Stovainlösung in den Rückenmarkskanal bei zehn Operationen im Bereiche der Harnorgane angewendet, ist aber mit dem Mittel nicht zufrieden, sondern zieht die Chloroformnarkose vor. Diese kann man dosieren und die Anwendung des Chloroforms bei Eintreten bedrohlicher Erscheinungen sistieren, während man von Stovain die volle Dosis auf einmal einspritzen muß und den sich dann einstellenden unangenehmen Erscheinungen ziemlich machtlos gegenübersteht. H. bemerkte bei seinen Pat., außer Temperatursteigerungen bis 39,8°, in sechs Fällen Kopfschmerzen, in zwei Erbrechen, in zwei Incontinentia alvi, in einem Falle Schlaflosigkeit und je in einem Kontrakturen in den Beinmuskeln und Harnretention. **E. Toff** (Braila).



22) **O. Füster.** Erfahrungen über Spinalanalgesie.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 1.)

Verf. bespricht die Erfahrungen, welche die v. Hacker'sche Klinik an 235 unter Spinalanalgesie operierten Fällen gemacht hat. Als Anästhetikum wurde stets Tropakokain, als Lösungsmittel mit wenigen Ausnahmen die aussickernde Zerebrospinalflüssigkeit verwendet. Die Methode erwies sich als brauchbar für Operationen von im Mittel einstündiger Dauer und an den von Nabelhöhe nach abwärts gelegenen Körperteilen. Gegenüber der Inhalationsnarkose waren die intra- und postoperativen Begleiterscheinungen meist geringer und auch die Nachwirkungen weniger unangenehm, ein Vorteil, der besonders bei geschwächten Individuen ins Gewicht fällt. Ein Todesfall kam nicht vor, wohl aber kam es bei einer hysterischen Morphinistin, welche wegen akuter Appendicitis operiert wurde, und bei der die Anästhesierung nicht einmal gelang, zu recht beängstigenden Nachwirkungen. Es bestand Verdacht auf eine Meningitis spinalis, doch ergab die zweimal vorgenommene Lumbalpunktion sterile, stark hämorrhagische Flüssigkeit. Erst nach 9 Tagen trat plötzlich Besserung ein. Störungen während der Operation, bestehend in Kollaps (4mal), Erbrechen (2mal), Incontinentia alvi und z. T. auch urinae (10mal) und Abkürzung der analgetischen Periode (15mal) traten in 13,2% der Fälle auf. Von postoperativen Störungen wurden beobachtet 7mal Erbrechen, 26mal Kopfschmerzen, eine größere Zahl von Temperatursteigerungen und 2mal motorische Paresen der oberen Extremitäten, dazu der oben erwähnte Fall. Als größter Mangel der Methode wird hervorgehoben, daß sie in 4,7% der Fälle vollkommen versagte, und daß es in einigen weiteren Fällen unmöglich war, die Punktion überhaupt auszuführen. Als untere Grenze für die Spinalanalgesierung wird das 10. Lebensjahr angegeben. In dem Bestehen akut entzündlicher, eitriger Prozesse sieht Verf. nach den Erfahrungen mit dem erwähnten Falle von Appendicitis eine Gegenanzeige. **M. v. Brunn** (Tübingen).

23) **Walther.** Méningo-myélite consécutive à une rachicocaïnisation.
(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 214.)

Bei einem 21jährigen Manne wurde zwecks Operation tuberkulöser Ostitis der großen Zehen beider Füße am 25. Februar 1903 und 27. Mai 1903 das Rückenmark in der üblichen Weise kokainisiert. Das erstemal folgten keinerlei Störungen; auch nach der zweiten Operation fehlten solche am 1. und 2. Tage. Am 3. Tage klagte Pat. über Kältegefühl und das Gefühl von Eingeschlafensein in beiden Beinen; ihre Motilität minderte sich auch mehr und mehr und schwand, ebenso wie die Sensibilität, bis zum 10. Tage völlig; in der 3. Woche gesellte sich Inkontinenz für Stuhl und Urin hinzu. Die Sphinkterenlähmung ging binnen 4 bis 5 Monaten vollständig zurück. Die Beweglichkeit der Beine fing erst Januar 1904 an, ein wenig wiederzukehren und sich langsam zu bessern. Bis Anfang 1905, also 2 Jahre nach der Kokainisierung war die Lähmung erst teilweise geschwunden. Entartungsreaktion bestand nicht. **Reichel** (Chemnitz).

24) **Housquains.** Cataplasmes à la levure de bière.
(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 20.)

H. hat in sechs Fällen mit bestem Erfolge die von Kempf (Indiana med. journ. 1904, September) zuerst empfohlenen Bierhefekataplasmen verwendet. Zur Herstellung derselben setzt man der Bierhefe die doppelte Menge fein gesiebten Weizenmehles zu, erhitzt die Masse und fügt dann auf 750 g etwa 50—60 g vegetabilische pulverisierte Kohle zu. Diese Kataplasmen bilden ein vorzügliches bakterizides Mittel bei verschiedenen septischen Prozessen, wie Hautgangrän, Geschwüren, Erysipel, infizierten Wunden. **Mohr** (Bielefeld).

25) **W. R. Huggard and E. C. Morland.** The action of yeast in tuberculosis and its influence on the opsonic index.
(Lancet 1905. Juni 3.)

Ausgehend von der Beobachtung eines erheblichen Nutzens der Hefeanwendung bei Furunkulosis und anderen derartigen auf Infektion beruhenden Krank-



heitserscheinungen, wandten Verff. bei Tuberkulose, und zwar bislang in 36 Fällen, Hefe innerlich an. Verwandt wurde die gewöhnliche deutsche Preßhefe, die gewöhnliche Brauereihefe, die schweizerische Levurinose oder das französische Ferment de raisin; Unterschiede in der Wirkung wurden nicht beobachtet. Die Dosierung war 2—3 g einmal täglich, bei den späteren Versuchen mehr. Genommen wurde das Mittel in kalter Milch oder in Wasser; einige Pat. empfanden großen Widerwillen und mußten mit der Behandlung aussetzen.

Die Erfolge der Hefebehandlung bei Tuberkulose waren im allgemeinen ermunternd, einige in der Arbeit nachzulesende Tabellen geben darüber Aufschluß.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

26) **L. Heidenhain.** Zur Operation der Karzinome in der Gegend der Tonsillen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 1.)

Ebenso wie beim Brustkrebs die Fortnahme der Brustmuskeln bei Verdacht auf Möglichkeit ihrer Infektion in den Lymphbahnen nach H.'s Forschungen für Erzielbarkeit der Radikalheilung ausschlaggebend ist, wird es beim Rachenkrebs ebenfalls darauf ankommen, die gesamte Schlundmuskulatur nebst den Gaumenmuskeln usw. zu exstirpieren. Das stete Spiel dieser teilweise durcheinander geflochtenen Muskeln leistet bei Eindringen von Krebszellen in die Lymphbahnen dem Weiterkriechen den ausgiebigsten Vorschub. Um die in Frage kommenden Muskeln zuverlässig auszurotten, müssen die Knochen, von denen sie entspringen, entfernt werden, also Tuber maxillare und Processus pterygoideus samt der senkrechten Platte des Gaumenbeines. Von Weichteilen müssen die seitliche Rachenwand, das Zäpfchen bis über die Mittellinie, die Gaumenbögen fortfallen.

Nach diesen Grundsätzen hat H. bei einem Pat., der, wegen eines Karzinoms des Alveolarrandes des linken Oberkiefers früher primär operiert, ein ausgedehntes Rezidiv an Mandeln, Gaumenbögen usw. bekommen hatte, eine Operation ausgeführt, die für die Zukunft vorbildlich werden könnte. Schnittführung bogenförmig vom Mundwinkel nach abwärts bis zum Zungenbeinhorn, dann aufsteigend hinter dem Unterkieferaste bis zum Warzenfortsatze. Der umschriebene Lappen wird hoch präpariert, wobei am Halse nur die Haut mitgenommen wird, im Gesichte dagegen auch die Parotis nebst der Facialisverzweigung, indem die Parotis vom Masseter abgetrennt wird. Nun Exartikulation des Unterkieferastes, nachdem die Temporalissehne vom Kronenfortsatz abgetrennt worden. — Geschwulst am Knochen hängen bleibend. Durch Meißeldurchtrennung des Jochbeines vorn und hinten wird der Zugang zur Schädelbasis frei. Abschlagung des Processus pterygoideus von letzterer. Nun folgt Trennung des Mundbodens entlang der Zunge, Exzision der Rachenteile, des Gaumens, Meißelresektion des Oberkiefers einschließlich der unteren Jochbeinhälfte, aber mit Konservierung des Bodens der Orbita, der obersten Muschel, der Nasenscheidewand zum größten Teil und der lateralen Hälfte des rechten harten Gaumens. Die Rachenwunde konnte bis auf eine daumenstarke, seitliche Lücke geschlossen, die Stümpfe der Wangenschleimhaut an die Zunge genäht werden. Äußere Weichteilwunde bis auf eine Lücke vernäht, durch welche ein auf den Rachendefekt geleitetes Gazedrain ausgeführt wurde. In den ersten Tagen Sondenfütterung; allmähliche, aber glatte und völlige Heilung mit guter Kaufähigkeit.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

27) **P. Sebileau** et **L. M. Pautrier.** Volumineuse tumeur de la langue datant de vingt-cing ans, simulant un cancer, mais de nature papillomateuse, et coexistant avec de la sclérose linguale et de la leucoplasie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 144.)

Der 47jährige Pat. bemerkte seit 25 Jahren in seiner linken Zungenhälfte zwei kleine Geschwülste, eine am linken Zungenrand, eine am Zungenrücken nahe der Mittellinie. In den ersten 10 Jahren waren sie je erbsengroß, [illegible] sie langsam, in den letzten 4 Jahren rasch zu wachsen, [illegible]

stellten jetzt zur Zeit der Beobachtung eine 3 cm lange, 2 cm breite, 1 cm hohe Geschwulst dar, die das mittlere Drittel der linken Zungenhälfte einnahm. Sie ragte pilzförmig über das Niveau der Umgebung, war derb, höckrig, unregelmäßig tief gefurcht. Hinter der Geschwulst war die Schleimhaut der Zunge papillomatös gewuchert, vor ihr weißlich, glatt, sklerosiert. Unter beiden Kiefermuskeln fühlte man je eine kleine bewegliche Lymphdrüse. Eine Probeexzision ergab, daß es sich nicht um ein Karzinom, sondern ein gutartiges Papillom der Zunge handelte. S. vermutet, daß auch an anderen Fällen, die als Karzinom angesehen, wiederholt operiert wurden und über 20 Jahre am Leben blieben, es sich nicht um Krebs, sondern einfache Papillomgeschwülste gehandelt haben mag.

Reichel (Chemnitz).

28) **Sick.** Trepanation der Wirbelsäule wegen Fraktur und Lähmung.
(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

Es handelte sich um einen Wirbelsäulenbruch im Bereiche des 1. und 2. Lendenwirbels mit einer fast völligen Lähmung der unteren Körperhälfte vom Nabel abwärts. Nach 3 Tagen Laminektomie. Die Bogen des 1. und 2. Lendenwirbels sind zerbrochen. Es findet sich ein halbkreisförmiges Bruchstück des Bogens tief in die Dura eingedrückt, so daß oberhalb der Duralsack pulsierte, unterhalb keine Pulsation zu erkennen war.

Nach $^3/_4$ Jahren war fast völlige Heilung eingetreten.

Borchard (Posen).

29) **Kron.** Ein Fall von operierter Geschwulst des Rückenmarkes.
(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 25.)

Walnußgroße Geschwulst zwischen Periost und Dura mater in der Höhe des 8. Brustwirbels. Da der kontrollierende Finger keine weitere Geschwulst oberhalb des 6. Dorsalwirbels nachweisen konnte, wurde die Operation mit Tamponade der Wunde geschlossen. Tod an Pneumonie. Bei der Sektion fand sich in der Höhe des 5. Brustwirbels auf der linken Seite eine zweite kleine Geschwulst (Spindelzellensarkom). **Borchard** (Posen).

30) **R. Stegmann.** Die Behandlung der Struma mit Röntgenstrahlen. (Aus dem Rudolfinerhause in Wien. Dr. Gersuny.)
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

In zwei Fällen von parenchymatösem Kropf ließ sich, ohne daß Störungen im Allgemeinbefinden auftraten, durch mehrmalige Röntgenbestrahlung ein deutlicher Rückgang der Geschwulst erzielen. **Kramer** (Glogau).

31) **P. Reich.** Intubation mit Zelluloidtuben. (Aus der kgl. Universitäts-Kinderklinik in München.)
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

Nach den in der Münchener Kinderklinik gemachten Erfahrungen genügen bei Intubation die Zelluloidtuben den an eine Tube zu stellenden Ansprüchen, weil sie von geringem Gewichte sind, in allen Teilen eine absolut präzise, dauerhafte Politur aufweisen und eine möglichst weite Lichtung zum leichten Durchgange der zu exspektorierenden Sekrete haben. Allerdings kann es vorkommen, daß solche Tuben, wenn gar zu niedrigen Gewichtes, leicht ausgehustet werden; die Wahl einer größeren Tubennummer wird die Wiederholung dieser Störung verhüten. Da Auskochen der Tuben nicht möglich ist, muß die Reinigung durch langdauernde Durchspülung mit fließendem Wasser und durch Desinfizientien herbeigeführt werden. Die Tuben haben sich in der Münchener Klinik durchaus bewährt.

Kramer (Glogau).



32) **H. v. Schroetter.** Klinischer Beitrag zur Bronchoskopie. (Aus der k. k. III. medizinischen Universitätsklinik [L. v. Schroetter] in Wien.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

Verf. berichtet über zwei neue Fälle von erfolgreicher Bronchoskopie. Im ersten gelang die Entfernung der in den rechten Unterlappenbronchus geratenen Fruchtschale erst bei der dritten Sitzung — am 11. Tage — mittels eines 43 cm langen Rohres von 8 mm Lichtung, in das sich der Fremdkörper hineinpreßte. Der infolge der Aspiration des letzteren entwickelte entzündliche Prozeß besserte sich anfangs danach; dann trat eine neue Entzündung in dem Lungenlappen mit Beteiligung der Pleura ein, die erst innerhalb mehrerer Wochen mit Induration des Lungengewebes usw. ausheilte. Die Schleimhaut des Bronchus, in dem sich die Lorbeerfruchtschale oberhalb des Einganges in einem kleineren Bronchialast festgesetzt hatte, fand sich bei der Bronchoskopie sehr stark geschwollen, der Bronchus infolgedessen sehr verengt, so daß eine Ausstoßung des Fremdkörpers ohne Kunsthilfe kaum möglich gewesen wäre. Im zweiten Falle war dieser ein nicht so unscheinbares Gebilde, sondern ein eiserner Tapezierernagel, welcher 12 Tage vorher in den Eingang des rechten Bronchus gelangt war. Die Entfernung konnte ohne allgemeine Anästhesie und ohne Tracheotomie durchgeführt werden; der in Granulationsmassen verhakte Fremdkörper wurde nicht mit den Magneten, sondern mit einer langen Pinzette gefaßt und zugleich mit der Röhre extrahiert. Die am nächsten Tage aufgetretenen, wahrscheinlich durch Hyperämie und Schwellung am Sitze des Fremdkörpers bedingten Stenosenerscheinungen gingen rasch vorüber.

Kramer (Glogau).

33) **I. Nanu** (Bukarest). Echinokokkuscyste des rechten unteren Lungenflügels. Radiographie.

(Spitalul 1905. Nr. 11.)

Der Fall bot insofern besonderes Interesse dar, als die Diagnose durch das Röntgenbild näher beschrieben werden konnte. Perkutorisch wurde bei der 40jährigen Pat. eine 2—3fingerbreite Mattigkeit an der Basis des rechten Lungenflügels gefunden, auch wurden zeitweilig mit den Hustenstößen gallertige Bläschen ausgeworfen. Nach den Symptomen hätte es sich aber auch um eine durchgebrochene Echinokokkuscyste der Leberkonvexität handeln können; doch konnte dies durch die Röntgenographie ausgeschlossen werden. **E. Toff** (Braila).

34) **Umber.** Perikardio-mediastinale Verwachsungen und Kardiolysis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 14.)

Bei einer 42jährigen Kranken hatte sich im Anschluß an eine linksseitige Pleuritis eine chronische adhäsive Mediastinoperikarditis entwickelt. Es wurde die Kardiolysis mit vollkommenem Erfolge gemacht. N. empfiehlt die Kardiolysis für alle reinen Fälle von perikardio-mediastinalen Verwachsungen, bei denen der Herzmuskel noch leistungsfähig ist. **Borchard** (Posen).

35) **Riche.** Plaie du ventricule droit par coup de couteau. Suture. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 172.)

Mitteilung eines weiteren Falles von Heilung einer Herzstichwunde, und zwar des rechten Ventrikels, durch Naht. Die Operation fand kurze Zeit nach der Verletzung statt. R. benutzte einen winkelförmigen Schnitt, dessen einer Schenkel quer im 4. Zwischenrippenraume durch die Stichwunde hindurchzog, dessen anderer Schenkel am linken Brustbeinrande aufwärts umbog, durchschnitt den 3., 4. und 5. Rippenknorpel und klappte den Weichteil-Knorpellappen nach außen oben um. Ein Versuch, die Herzwunde zunächst durch eine Klammer zu schließen, führte

zu einem Riß und verstärkter Blutung; desgleichen schnitt eine erste, perforierend angelegte Naht die Muskulatur durch. Nach Anziehen des Herzens gelang es dann, durch einige nicht perforierende Catgutnähte die Wunde zu schließen und die Blutung zu stillen. R. stellte fest, daß, sowie er das Herz losließ, die Blutung erschreckend stark war, sich aber sogleich beträchtlich verminderte, sowie er das Herz nach außen vorzog. **Reichel** (Chemnitz).

36) **R. Rothfuchs.** Schuß durch die linke Herzkammer. Herznaht. Tod durch Peritonitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 603.)

R. hat die fragliche Operation bei einem 25jährigen Selbstmörder im Hafenkrankenhause in Hamburg ausgeführt. Nach Resektion der 5. und Rückschlagung der 4. Rippe findet sich eine blutende Einschußöffnung im Herzbeutel. Dilatation dieser durch Seitenschnitt, starke Blutentleerung. Einschußöffnung in der Vorderwand des linken Ventrikels bemerkbar und leicht durch Catgutnaht geschlossen. Ausschußöffnung hinten zunächst nur fühlbar, wird durch Heben der Herzspitze praktikabel und ebenfalls genäht. Auch in der Herzbeutelhinterwand ein Loch. Pneumothorax war beim Operieren nicht entstanden. Naht des Herzbeutels und der äußeren Wunde, Gazedrainage. Dauer der nachts ausgeführten Operation $1^1/_2$ Stunden, wobei Pat. reinen Sauerstoff mittels des Roth-Dräger'schen Apparates erhielt. Der Verlauf schien sich zuerst gut anzulassen, doch zeigten sich am Abend des nächsten Tages Zeichen von Peritonitis, derentwegen nochmals einzugreifen des schlechten Zustandes wegen unmöglich war, und die 24 Stunden post operationem den Tod herbeiführte. Die Sektion zeigte, daß Zwerchfell und Magen durchschossen waren und das Geschoß im Zwerchfell saß. (Außerdem hatte Pat. sich noch eine irrelevante Kopfschußwunde beigebracht — am Warzenfortsatz — ohne Knochenverletzung.)

Gleichzeitige Durchschießung von Herz und Magen, nur bei steiler Waffenaufsetzung erzielbar, ist höchst selten und nur bei Hochstand des Zwerchfelles und Herzvergrößerung bezw. Verlagerung möglich, Umstände, die in dem Berichtsfalle vorlagen. Indikation zur Operation hält R. bei Herzschußverletzung immer für gegeben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

37) **Oelsnitz** (Nice). Extraction d'un corps étranger de l'oesophage chez un enfant de quatorze mois, au moyen du crochet de M. Kirmisson. Rapport par M. E. Kirmisson.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 211.)

Bei einem 14monatigen Kinde gelang die Extraktion eines 50-Centimesstückes aus der Speiseröhre mittels des Kirmisson'schen Hakens 11 Tage nach dem Unfalle, nachdem vorher verschiedene Extraktionsversuche mit anderen Instrumenten, auch mittels Graefe'schen Münzenfängers, von verschiedenen Ärzten versucht, nicht zum Ziele geführt hatten. Kirmisson hält dies Verfahren zur Entfernung verschluckter Münzen für das normale, während er die Ösophagotomie verwirft.

Reichel (Chemnitz).

38) **P. Delbet.** Cystoscope direct du Dr. Luys.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 239.)

Luys hat die Kelly'sche Idee der direkten Cystoskopie aufgenommen und vervollkommnet. Statt der Kelly'schen Knie-Ellbogenlage, in der bekanntlich die Blase sich mit Luft füllt, sowie man die Harnröhre klaffend erhält, benutzt er die Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung. Sein Instrument stellt eine 18 cm lange Röhre dar, in deren Unterwand ein zweites, enges, sich am Blasenende öffnendes Rohr befindet, durch welches hindurch jeder Tropfen Urin leicht abgesaugt werden kann. Die Beleuchtung der Blase erfolgt mittels einer kleinen elektrischen Lampe, die in die Röhre bis zum Blasenrande mit einem feinen

Stäbchen vorgeschoben wird. Das nähere Detail muß im Original nachgelesen werden.

D. ist erstaunt über die Klarheit der mittels dieses direkten Endoskops gewonnenen Bildern der Blasenschleimhaut. Auch sei seine Handhabung so einfach, daß jeder Arzt ohne weitere Übung mit seiner Hilfe den Harnleiterkatheterismus, sowie gewisse kleine endovesikale Operationen ausführen könne. Das Instrument gestatte die Besichtigung der ganzen Blase mit Ausnahme des unmittelbar oberhalb des Blasenhalses gelegenen Abschnittes der vorderen oberen Blasenwandung.

Tuffier rühmt das Instrument in gleicher Weise, wenn er auch den Einwand Albarran's gerechtfertigt hält, daß das jeweilige Gesichtsfeld ziemlich eng begrenzt ist, das Instrument daher allmählich entlang der ganzen Blasenwand hin und hergeführt werden muß. **Reichel** (Chemnitz).

39) **Biland** (Bern). Über einen Fall von Staphylohämie (mit Urethritis, Epididymitis und Exanthem).

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905. Nr. 12.)

Ein 21jähriger Mann kam in die Jadassohn'sche Abteilung, weil eine Epididymitis und Urethritis den Gedanken an deren gonorrhoische Natur nahelegte. Die sorgfältige bakteriologische Untersuchung und kritische Beobachtung gibt dem Fall indes eine besondere, auch chirurgische, Bedeutung. Pat. erkrankte mit Schmerzen in der anschwellenden rechten Schulter (Osteomyelitis des Akromion mit subdeltoidealem Abszeß — Inzision), 4 Tage später mit Bursitis praepatellaris links, am 5. Tag erst mit Urethritis, weiterhin mit knotenartigen Herden an beiden Fußrücken und Unterschenkeln (Erythema nodosum), schließlich mit schmerzhafter Verdickung einiger Rippen. Die bakteriologische Untersuchung ergab Reinkulturen von Staphylokokkus aureus im Blut, im Harnröhrensekret, im Schulterabszeß, im Nebenhoden, in einem exzidierten Hautknoten und in kleinen Hautpusteln. Eine Eingangspforte war nicht nachweisbar. Der Fall erinnert an die von Lenhartz (Nothnagel's Handbuch »Die septischen Erkrankungen«) beschriebenen Fälle von Staphylokokkenurethritis nach Katheterismus und legt die Frage nahe; ob das Erythema nodosum wirklich als abgeschwächte Pyämie aufzufassen oder ob es eine von den pyämischen Dermatosen abzugrenzende Krankheit ist, die nur in einzelnen Fällen von diesen nachgeahmt werden kann. Im vorliegenden Falle, so nimmt Verf. an, hat die Kokkenausscheidung durch die Nieren sekundär die Staphylokokkenurethritis herbeigeführt. **Stolper** (Göttingen).

40) **R. H. Fox.** 29 years of catheter life.

(Lancet 1905. Juli 22.)

Bericht über einen mit 91 Jahren gestorbenen Prostatiker, der 29 Jahre lang ein sehr erträgliches, ihn kaum behinderndes Katheterleben führte ohne allzugroße Vorsichtsmaßregeln gegen Sepsis anzuwenden. Er katheterisierte sich täglich mehrmals selbst. Die Todesursache war schließlich doch noch Cystitis.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

41) **P. Héresco** (Bucharest). Latent vésical urétérite suppurée avec distension. Pyonéphrose droite. Taille hypogastrique. Néphro-urétérectomie totale. Guérsion.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 158.)

Bei einem 6jährigen Kinde entfernte H. durch Sectio alta einen Blasenstein von Hühnereigröße. Der Stein war in einer Masche der rechten Blasenhälfte fixiert. Nach seiner Herausnahme sah man aus dem rechten Harnleiter Eiter strömen. Da diese Eiterabsonderung und Fieber anhielten, entschloß sich H. zur extraperitonealen Bloßlegung des rechten Harnleiters. Er fand ihn bis zum Volumen einer Dünndarmschlinge erweitert und mit Eiter gefüllt, desgleichen die Niere in

eine große Eitertasche umgewandelt, exstirpierte daher sogleich Niere und Eileiter bis zu seiner Einmündung in die Blase. — Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

42) **P. Héresco** (Bucharest). Néphrolithotomie droite chez un malade guéri antérieurement d'un diabète insipide par une intervention chirurgicale (néphropexie gauche).

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI p. 156.)

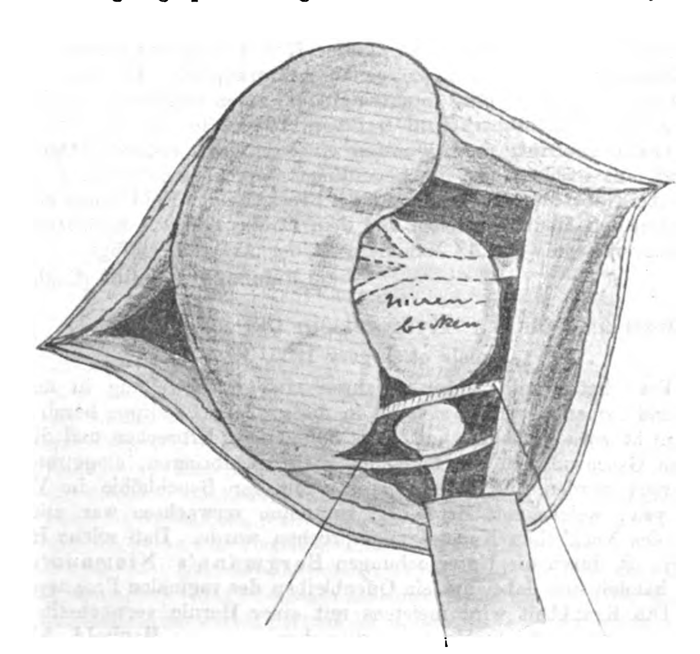
Über die durch Nephropexie einer beweglichen linken Niere erzielte Heilung von einem Diabetes insipidus wurde bereits in diesem Zentralblatte berichtet. Der 17jährige Pat. ist, wie H. jetzt mitteilt, von seinem Diabetes geheilt geblieben, erkrankte indes an rechtsseitiger Steinniere. H. entfernte einen mandelgroßen, harten, 3 g schweren Stein durch Nephrotomie und erzielte völlige Heilung.

Reichel (Chemnitz).

43) **H. Morris.** A case of hydronephrosis and renal calculi, in which 16 small calculi were detected by the X-rays and in which the hydronephrosis was due to constriction of the pelvis of the kidney by an artery and a vein passing to the lower pole.

(Lancet 1905. Juli 15.)

Den Inhalt der interessanten Mitteilung aus dem Middlesex Hospital besagt die Überschrift. Es wurden bei der 29jährigen Kranken 16 Steine von ca. 3 mm Durchmesser röntgenographisch festgestellt und dann entfernt. Die Hydronephrose



Abnormale Vene. Abnormale Arterie.

war durch eine bandartige abnorme Arterie hervorgerufen, die in der der Arbeit entnommenen Skizze dargestellt wird. Die abnormen Gefäße wurden unterbunden. Der Fall ging in Heilung aus. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

44) **Creite.** Peniskarzinom bei einem zweijährigen Kinde.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 22.)

C. berichtet über einen Fall von Penisgeschwulst, die sich nach Amputatio penis und Exstirpation der Corpora cavernosa als ein großzelliges Karzinom vornehmlich der Corpora cavernosa penis erwies. **Borchard** (Posen).

45) **C. B. Keetley.** Temporary fixation of testis to thigh.

(Lancet 1905. Juli 29.)

Verf. berichtet über 25 Fälle seiner Operation des Kryptorchismus, die darin besteht, den Hoden mit dem losgelösten Gubernaculum an die freigelegte Fascia lata am Oberschenkel dem Hodensack entsprechend anzunähen. Verf. führt diese Methode seit 1894 aus und hält die Katzenstein'sche Modifikation, den Hoden an einem gestielten Oberschenkellappen zu befestigen, für keine Verbesserung. Nach dem Annähen des durch das Skrotum durchgezogenen Hodens an den Schenkel wird der meist gleichzeitig bestehende Bruch (bei Verf. in 40% vorhanden) operiert und die Skrotalinzision mit der Oberschenkelinzision vernäht. Trennung vom Oberschenkel nach 5 Monaten.

Die vorliegende Statistik betrifft: rechte Seite 12, linke 2, beide Seiten 5 (10), nicht mehr genau bekannt 6. Der Erfolg war stets ausgezeichnet. Zwei Abbildungen eines Pat. illustrieren die Operation in ihren Phasen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

46) **W. v. Brunn.** Zur Tuberkulose des Hodens und Nebenhodens.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 235.)

B. untersuchte 8 Präparate tuberkulöser Hoden (darunter 6 durch Kastration in der Marburger Klinik gewonnen) genau mikroskopisch. Es gelang ihm nicht, auch unter makroskopisch völlig intakten Hoden, einen einzigen zu finden, der bei bestehender Nebenhodentuberkulose frei von Tuberkeln gewesen wäre. Dieses Resultat spricht natürlich nur zugunsten eines durchaus radikalen Operationsverfahrens und läßt insbesondere die neuerdings empfohlenen Versuche als verfehlt erscheinen, bei Nebenhodentuberkulose nach Resektion der Epididymis eine Anastomose zwischen den Hodenkanälchen und dem Ductus deferens herbeizuführen.

Literaturverzeichnis von 43 Nummern ist der Arbeit beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

47) **Halstead** and **Clark.** Hydrocele in the female.

(Annals of surgery 1905. Nr. 5.)

Eine Frau hatte seit mehreren Jahren eine Anschwellung in der rechten Leistengegend bemerkt, welche sich bis in die große Schamlippe herab erstreckte und sich leicht zurückdrängen ließ. Als Schmerzen, Erbrechen und die Unmöglichkeit, die Geschwulst in die Bauchhöhle zurückzubringen, eingetreten waren, mußte operiert werden. Es fand sich eine mit der Bauchhöhle in Verbindung stehende Cyste, welche mit dem Lig. rotundum verwachsen war und als eine Hydrokele des Nuck'schen Kanales angesprochen wurde. Daß solche Hydrokelen vorkommen, ist durch die Untersuchungen Bergmann's, Niemann's u. a. bewiesen; es handelt sich dabei um ein Offenbleiben des vaginalen Prozesses des Peritoneums. Die Krankheit wird meistens mit einer Hernie verwechselt und kann namentlich eine inkarzerierte Hernie vortäuschen. **Herhold** (Altona).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 37. Sonnabend, den 16. September. 1905.

(Aus der königl. chirurgischen Klinik zu Bonn: Prof. Bier.)

Die Ermöglichung einer genauen Kontrolle reponierter kongenitaler Hüftgelenksluxationen.

Von

Dr. Rudolf Klapp,

Oberarzt und Privatdozent.

Mit einer Doppeltafel.

Wenn man die Reposition einer kongenitalen Hüftgelenksluxation vorgenommen hat, ist es eine allgemein anerkannte Forderung, den Erfolg zu kontrollieren. Die Ausübung dieser Kontrolle geschieht mit dem Röntgenbild. Nun gehen die meisten Ärzte jetzt so vor, daß sie wenige Tage nach Vornahme der Reposition eine Röntgenaufnahme des betreffenden Hüftgelenkes durch den Gipsverband machen oder sie warten monatelang bis zur Abnahme des Gipsverbandes und photographieren dann erst. Beides ist unzweckmäßig. Bei der Aufnahme durch den Gips erhält man schlechte Bilder, bei denen man die Stellung des Kopfes zur Pfanne nur ahnen kann, bei dem letzteren Vorgehen verliert man viel Zeit und fixiert das Kind unnötig lange im Verbande.

Da mir die bisher gewonnenen Bilder zur Kontrolle, ob die Reposition gelungen war oder nicht, nicht genügten, ging ich so vor, daß ich beim Anlegen des Gipsverbandes vor das Hüftgelenk ein rundes Holzbrett mit eingipste. Am nächsten oder einem der folgenden Tage wurde das Holzstück aus dem Gips ausgeschnitten, herausgenommen und die Röntgenaufnahme durch die Lücke gemacht. Nach der Aufnahme wird das Brettchen wieder an seine Stelle gesetzt und mit einer Stärkebinde zugewickelt.

Die Bilder, welche bei der Aufnahme durch die Lücke erzielt wurden, waren durchweg so gut, daß man sich mit Sicherheit über die Stellung des Kopfes zur Pfanne ein Urteil bilden konnte. In der Doppeltafel gebe ich einige Beispiele davon.

Ist die Einrenkung nicht gelungen, so kann man nach einigen Tagen die Reposition wiederholen und so die Mobilisierung und event. Zerreißung zu einem erneuten Repositionsversuch benutzen, der dann in gleicher Weise kontrolliert wird.

Das Verfahren gibt uns eine viel genauere Kontrolle an die Hand, als das früher möglich war.

Ich möchte noch einige Kleinigkeiten nachtragen: Um das Ausgleiten des Holzstückes unter den Gips zu verhüten, geht man erst mit 1—2 Touren Gipsbinde über das Hüftgelenk und legt dann das Holzstück darauf. Ferner ummauert man zweckmäßig das Holzstück

von allen Seiten dadurch, daß man Gipsbindenreste gegen die Nischen drückt. Die Festigkeit des Verbandes erleidet so keinerlei Einbuße.

Die Größe des kreisrunden Holzstückes beträgt $7^1/_2$ cm im Durchmesser. Man kann es ziemlich klein nehmen, da die Lücke im Gipsverband nach Entfernung des Holzstückes in einer viel größeren Scheibe auf die Platte projiziert wird.

Man hat außer der Kontrolle der Stellung des Kopfes noch einen anderen Nutzen, den ich nicht vergessen möchte zu erwähnen.

Dadurch, daß man am nächsten Tage schon, wo man den Fall und die Repositionsmanöver noch in genauer Erinnerung hat, genau sieht, wohin die Repositionsmanöver geführt haben und wie der Kopf steht, lernt man den Vorzug oder Nachteil der eigenen Manipulationen und der Fixationsarten sehr gut kennen und lernt daraus für die Zukunft.

Ganz zweckmäßig macht man auch aus dem Gipsverband hinter dem Hüftgelenk einen kleinen Ausschnitt. Dann können die Röntgenstrahlen das Becken passieren, ohne durch Gips aufgehalten zu werden.

Wer Besorgnis hat, die Sicherheit des reponierten Kopfes könne leiden, und der Kopf könne nach hinten luxieren, kann sich so helfen, daß er die Röntgenlatte unter den Verband schiebt. Ich habe bei der besten Kontrolle, die ich mit meinem Verfahren ausführen kann, niemals einen Nachteil gesehen.

Wenn man das Holzstück genau über das Hüftgelenk gebracht hat, so kann man die Aufnahme auch mit einer Blende machen. Die Bilder werden dann so scharf, daß man die Knochenstruktur gut erkennen kann.

Man muß sich erst daran gewöhnen, auf den Röntgenplatten nur einen Ausschnitt des Beckens — die Hüftgelenksgegend — ausschließlich zu sehen. Anfänglich hat das mir und manchem anderen Schwierigkeiten gemacht. Hat man selbst erst Übung in dem Einpassen des Holzstückes an der richtigen Stelle genau vor dem Gelenk, und erzielt man durch richtige Aufnahmen gute Bilder, so orientiert man sich mit einem Blick über den anatomischen Befund.

Figur 1 zeigt eine gut gelungene Reposition; Figur 2 und 3 sind wiedergegeben, um zu beweisen, daß mein Verfahren ebensogut auch bei doppelseitiger Luxation angewandt werden kann. Die Köpfe stehen beiderseits recht tief. Figur 4 zeigt, daß die Reposition nicht gelungen ist. Die Pfanne ist leer.

---

1) G. Schmorl. Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden. 3. neu bearb. Aufl.

XI, 329 S. 8. Leipzig, **F. C. W. Vogel**, 1905. ℳ 8.75; geb. ℳ 10.—.

Das Lieblingsbuch Weigert's hat eine neue Auflage erlebt, in relativ kurzer Zeit die dritte, an sich schon ein Beweis, welch allgemeiner Beliebtheit sich das Buch erfreut, zugleich aber auch ein Zeichen, welch erfreuliche Fortschritte die histologische Technik in

dieser kurzen Zeit gemacht hat. Aus 155 Seiten der ersten Auflage sind nunmehr 329 geworden, der uns dargebotene Stoff ist demnach auf das Doppelte angewachsen. Gänzlich umgearbeitet sind, wie Verf. auch im Vorwort hervorhebt, die Kapitel über Entkalkung, Fett und fettige Degeneration, über den Nachweis der elastischen und kollagenen Fasern und über den Nachweis der Pigmente. Neu hinzugekommen ist — und das ist äußerst dankenswert — ein Abschnitt über mikroskopisches Zeichnen und über das Polarisationsverfahren, desgleichen ein Abschnitt über künstliche Verdauung.

Alle diese Neuerungen erscheinen uns als sehr willkommen. Vielleicht wäre auch eine kleine Abhandlung über die Darstellung der Parasiten bei Geschwülsten am Platze gewesen. Wenn auch die Akten darüber noch lange nicht geschlossen sind, so würde eine kurze zuzusammenfassende Übersicht der bisher verwandten Methoden der Vollständigkeit wegen vielleicht am Platze gewesen sein, zumal da sehr verstreut erschienene Einzelarbeiten eine Orientierung erschweren.

Der Hauptwert des Buches liegt nach wie vor darin, daß es nur wirklich erprobte Methoden enthält und so auch dem Anfänger das histologische Arbeiten wesentlich erleichtert.

Daß das Buch seine bisherigen Freunde behält ist wohl zweifellos, es ist aber wohl ebenso zweifellos, daß der Freundeskreis von Jahr zu Jahr ein stetig größerer werden wird.

Wir haben alle Veranlassung dem Verf. dankbar zu sein, daß er immer wieder neue Arbeit auf das Buch verwendet, um uns über den jeweiligen Stand der histologischen Technik informiert zu erhalten.

Silberberg (Breslau).

---

2) **Vincent.** Sur les propriétés pyogènes du bacille fusiforme.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 26.)

Die pyogenen Eigenschaften des Bacillus fusiformis (oder seiner Symbiose mit Spirillen) zeigen sich fast bei allen fötiden Eiterungen, welche sich in der Nähe des Magen-Darmtraktus bilden. Unter 11 Fällen von fötider eitriger Zahnperiostitis beruhte die Eiterung 7mal auf diesen Bakterien. Sie fanden sich auch zusammen mit Eiterkokken bei einer putriden Phlegmone der Regio submaxillaris, und bei fötidem Pyothorax. Bacillus fusiformis und Spirillen ohne jede Beimengung anderer Bakterien wurden ebenfalls bei subkutanen und periostitischen Abszessen gefunden.

Die klinischen und histologischen Variationen in der Wirkung genannter Bakterien scheinen durch den Grad ihrer Virulenz bedingt zu sein. Die Vereinigung mit anderen pathogenen Bakterien — wie Streptokokken, Staphylokokken, Kolibakterien — scheint die Virulenz und die nekrobiotischen Eigenschaften des Bacillus fusiformis zu steigern.

Mohr (Bielefeld).

---

3) **H. Pfeiffer.** Experimentelle Beiträge zur Ätiologie des Verbrennungstodes.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXX. p. 367.)

Für den letalen Verlauf aller innerhalb der ersten Tage nach der Verbrennung erliegenden Fälle ist eine Intoxikatien mit einem als Abbauprodukt des durch die Hitze veränderten Eiweißmoleküls aufzufassenden Gifte verantwortlich zu machen. Für den nach Verbrennungen erfolgenden Spättod ist zwar nicht das Gift direkt zu beschuldigen, doch dürfte hierbei die primäre Gefäßschädigung und die Schwächung des Gesamtorganismus durch das Gift eine Rolle spielen, insofern als dadurch für hinzukommende Zwischenursachen — Infektion usw. — der Boden vorbereitet wird. Im übrigen muß auf das Original verwiesen werden, das sich für ein kurzes Referat nicht eignet.

Doering (Göttingen).

---

4) **Teissier.** Rhumatisme chronique et cancer.

(Soc. méd. des hôpitaux Lyon 1905. April 11.)

T. glaubt, daß unter den vielfach dunkeln Ursachen des chronischen Rheumatismus auch das Karzinom eine Rolle spielt. Hierfür spräche T.'s Beobachtung, daß in einzelnen durch mehrere Generationen hindurch verfolgten Familien die Abkömmlinge einer Linie sämtlich an Karzinom, die einer anderen Linie sämtlich an chronischem Rheumatismus erkrankten. In feuchten Ebenen, am Rande von Flüssen und Seen, wo der Krebs besonders häufig sein soll, findet man ebenfalls besonders oft chronische rheumatische Veränderungen an den großen Gelenken. Häufiger entwickeln sich auch, während ein bestehendes Karzinom still steht oder spontan zurückgeht, rheumatische Manifestationen, oder auch, ein chronischer Rheumatismus scheint zurückzugehen, während gleichzeitig ein Karzinom sich entwickelt. Es kann sogar ein förmliches Alternieren beider Erkrankungen auftreten, wie es T. z. B. beim Brustkrebs beobachtete. Schließlich können beide Krankheiten sich gleichzeitig entwickeln, besonders beim sog. atrophischen Karzinom der Brustdrüse mit sehr chronischem Verlauf. Der chronische Rheumatismus könnte also in gewissen Fällen eine Art von »parakarzinomatöser« Erkrankung sein.

Mohr (Bielefeld).

---

5) **H. Spude.** Die Ursache des Krebses und der Geschwülste im allgemeinen.

Mit 1 Fig. u. 2 Taf. 91 S. Lex.-8. Berlin, **Gose & Tetzlaff,** 1904. ℳ 20.—.

Verf. hatte Gelegenheit, im ersten Beginn ein Hautkarzinom an der Nase zu beobachten und histologisch zu untersuchen, eine Untersuchung, die durch Beobachtung eines Rezidivs in der Nähe der ursprünglichen Neubildung vervollständigt werden konnte. Die mikroskopische Untersuchung der exzidierten Stücke geschah sehr genau in Serienschritten.

Das Endergebnis, zu dem Verf. auf Grund seiner ausführlich beschriebenen Beobachtungen kommt, ist, daß es sich bei der Geschwulstbildung um die Wirkung eines irritativen, zugleich regressive Metamophosen bewirkenden Gefäßgiftes handelt.

Von besonderem Interesse sind die beschriebenen Gefäßveränderungen.

Die Arbeit enthält mancherlei interessante Einzelheiten, deren Wiedergabe im Rahmen eines Referates nicht möglich ist. Das eingehende Studium der Arbeit ist aufs wärmste zu empfehlen, zumal die darin aufgestellte Theorie viel für sich hat. **Silberberg** (Breslau).

---

6) **J. Sternberg.** Über Operationen bei gleichzeitig bestehenden Infektions- und Stoffwechselkrankheiten.

(Wiener med. Presse 1905. Nr. 25.)

Verf. gibt einen kurzen Überblick über die vielfachen Erschwerungen und Gefahren, die bestehen, wenn man Kranke operieren muß, die an akuten oder chronischen Infektionskrankheiten oder an Konstitutionsanomalien leiden. Vor einer ganz besonders schwierigen Entscheidung stehen wir aber, wenn wir Indikation und Prognose für eine Operation an einem Diabetiker stellen müssen. Nach Verf.s Ansicht darf auch hier jeder als notwendig erkannte operative Eingriff ausgeführt werden. Die Diät ist zu überwachen, eine spezielle Vorbereitungskur wünschenswert, aber nicht Bedingung. Der Zeitpunkt für die Operation muß ganz vom Befinden des Kranken abhängig gemacht werden.

Narkose, Operationsmethode, Wundbehandlung sind so einfach als möglich zu wählen. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

7) **E. Dupont.** Manuel pratique de radiologie médicale.

Mit 1 Abbildung. Brüssel, **H. Lamertin,** 1905.

D. hat in seinem Buche kurz die Anleitung zusammengestellt, wie er sie alljährlich den Ärzten der Garnison Brüssel in einem Röntgenkurse gibt. Nach leicht faßlicher Erklärung der elektrischen Grundbegriffe schildert er Material, Instrumentarium und Hilfsapparate, dann die Technik der Erzeugung der Strahlen, Röntgenoskopie, Röntgenographie, Stereoröntgenographie, die nötigen photographischen Handgriffe. Im speziellen Teile wird die Anwendung des Röntgenverfahrens zur Feststellung von Fremdkörpern, Knochenbrüchen, Verrenkungen usw., ebenso ihre Bedeutung in der inneren Medizin behandelt. Den Schluß bildet ein Überblick über die Wichtigkeit und Nützlichkeit der Röntgenologie in der Armee und eine Schilderung der speziellen Einrichtung des Röntgendienstes im belgischen Militärhospital. Ein Literaturverzeichnis ist beigefügt, außerdem ein gutes Bild einer Beckenfraktur. **Renner** (Dresden).

---

8) **E. Williams.** Principles governing the technic of Roentgen-ray therapy.

(Med. news 1905. May 13.)

Verf. stellt folgende Sätze auf:

Eine weiche Röhre liefert eine große Menge Energie, eine harte nur eine geringe, doch durchdringendere Strahlen. Unter Energie versteht Verf. die physiologische Wirkung der Strahlen. Diese ist proportional der Menge der Strahlen, nicht aber der Durchdringungsfähigkeit. Der therapeutisch wirksame Strahl ist nicht der penetrierende, sondern derjenige der weichen Röhre.

Die Wirkung auf die Zelle besteht zunächst in einer Steigerung ihrer Vitalität, welche bei Verstärkung einem Aufhören der Funktion Platz macht. Als Stimulans bedarf es einer geringen Dosis. Den besten Beweis dafür erblickt Verf. in der Beobachtung, daß die Psosiaris eines Pat. nach der Bestrahlung gerade auf der Seite zurückging, welche von der Röhre abgewendet war, daß also nur die Strahlen, welche infolge der Passage durch den Körper auf die stimulierende Fähigkeit eingestellt waren, die erkrankten Zellen in ihrer Vitalität zu heben imstande waren.

Um eine Tiefenwirkung zu erzielen, muß die Röhre von der Körperoberfläche entfernt und umgekehrt genähert werden.

Eine Idiosynkrasie erkennt Verfasser an, obwohl er meistens eine schlechte Technik dafür verantwortlich macht. Die einzelnen Körperabschnitte variieren mehr in dieser Beziehung, wie dieselben verschiedener Individuen. Eine einmal geschädigte Haut zeigt sich bei weiteren Bestrahlungen empfänglicher. Bakterizid wirkt nur eine lange Exposition. **Hofmann** (Heidelberg).

---

9) **Dagron.** Massage des membres.

Mit 101 Abbild. im Text. 488 S. Paris, **G. Steinheil,** 1905. 12 fr.

Das lehrreiche Werk gibt ein Bild davon, wie hoch die auf wissenschaftlichen Grundsätzen aufgebaute Massage in Frankreich entwickelt ist. Verf. beklagt, daß speziell bei der Behandlung von Knochenbrüchen in anderen Ländern die Massage vielfach nur zur Nachbehandlung der durch die übliche langdauernde Fixation entstandenen sekundären Gelenkversteifungen und Muskelatrophien herangezogen wird. Er empfiehlt dagegen, Knochenbrüche, Verrenkungen und Verstauchungen von vornherein mit vorsichtiger Massage und Mobilisation zu behandeln, und zeigt sich damit als Schüler Lucas-Championnière's, der diese Methode zuerst in Frankreich eingeführt hat (Traitement des fractures par le massage et la mobilisation; 1895). Es ist selbstverständlich, daß dieses schwierige und verantwortungsvolle Verfahren die genaueste Kenntnis der anatomisch-physiologischen und pathologischen Verhältnisse verlangt. Verf. fordert daher, daß Massage überhaupt ausschließlich vom Arzt ausgeübt werde, und will sie nur bei alten Fällen ärztlich überwachten Gehilfen überlassen.

Nach Besprechung der physiologischen Grundlagen der Massage gibt er detaillierte Vorschriften über die allgemeine Technik: er verschmäht alle Apparate (Vibratoren usw.), nur die wohl zu pflegende Hand soll massieren; weiterhin verwirft er die in zahlreichen Variationen angegebenen Handgriffe (Klopfen, Kneifen usw.) und beschränkt sich auf das Drücken, das vom sanftesten Streichen langsam bis zu einem gewissen Kraftaufwande gesteigert werden kann. Nie soll der Kranke beim Massieren Schmerzen empfinden. Gerade in diesem behutsamen Vorgehen sieht er das Wesen seiner Methode und bezeichnet das schonende Massieren als »Masser à la française«. Mit derselben Vorsicht soll die mit der Massage zu verbindende passive und aktive Mobilisation gehandhabt werden.

Die sehr ausführlichen Kapitel des speziellen Teiles sind nach den einzelnen Gelenkabschnitten der oberen und unteren Extremität eingeteilt; jedesmal werden aus der Anatomie und Physiologie des betreffenden Gelenkes die besonderen Grundsätze für die Massage abgeleitet und dann die spezielle Massagebehandlung sowohl der traumatischen wie nicht traumatischen Erkrankungen dieses Teiles bis in alle Einzelheiten besprochen. In zwei die obere und untere Extremität je als Ganzes behandelnden Kapiteln werden auch die Nervenkrankheiten mit berücksichtigt. Das Schlußkapitel ist der Massage des ganzen Körpers gewidmet. Zahlreiche instruktive Abbildungen sind dem Werke beigegeben. **Kurzwelly** (Leipzig).

---

10) **Zabludowski.** Massage im Dienste der Kosmetik.

Mit 11 Abbildungen, 137 S. Lex.-8. *M* 1.—. Berlin, **August Hirschwald,** 1905.

Massage im Dienste der Kosmetik ist nicht mit Gesichtsmassage zu identifizieren. Jede Massage irgendeines Körperteiles, welche seine Ernährung günstig beeinflußt und ihm seine natürliche schöne Form wiedergibt, kann als kosmetische Massage aufgefaßt werden. Insofern ist auch in vielen Fällen keine Grenze zwischen den Aufgaben rationeller Kosmetik und denen individueller Hygiene zu ziehen. Wenn auch nichts dagegen einzuwenden, ja es sogar unvermeidlich ist, daß allgemeine Massage von geeigneten und gut geschulten Laien ausgeübt wird, so sind die sog. Schönheitsinstitute und ähnliche, welche mehr oder minder doch nur auf einen Absatz ihrer zu diesen Zwecken empfohlenen Salben, Pasten, Walzen, Apparate usw. rechnen, welche oft schädlich wirken, jedenfalls aber vollkommen entbehrlich sind, doch zu verwerfen. Ebenso ist die Selbstmassage mit Hilfe solcher Apparate zwecklos. Überhaupt ist die Behandlung mit besonderen Vorrichtungen, außer Vibrationsapparaten und Luftpumpe, schon theoretisch falsch, da durch sie ja nur die oberflächlichsten Hauptpartien beeinflußt werden. Die Massage durch eine geübte weiche Hand ist durch nichts zu ersetzen.

Unter Massage will Verf. einen Komplex von Handgriffen verstanden wissen, welche systematisch am menschlichen Körper zu Heil-,

hygienischen oder auch kosmetischen Zwecken angewendet werden. Diese Hangriffe gehen mit aktiven oder passiven Bewegungen, manchmal auch Maschinenübungen, Hand in Hand.

Eine kurze, spezielle Schilderung der kosmetischen Massage bildet, durch 11 Abbildungen veranschaulicht, den Schluß.

Renner (Dresden).

---

11) **H. Fischer.** Leitfaden der kriegschirurgischen Operations- und Verbandstechnik. (Bibliothek von Coler Bd. V.)

Zweite Aufl. Mit 55 Abbild. im Text. IX, 170 S. gr. 8. Berlin, **A. Hirschwald**, 1905. Geb. in Leinw. ℳ 4.—.

Diese zweite Auflage zeigt gegenüber der ersten große Umarbeitungen und Verbesserungen. Zunächst beginnt sie mit einer kurzen Einleitung über die Wirkung der modernen Projektile im allgemeinen und über die Sanitätseinrichtungen im Felde, die früher fehlte, und dann ist sie namentlich insofern durchaus günstig umgestaltet worden, als Verf. den Stoff nach den Etappen der Kriegssanitätsordnung, in welchen die kriegschirurgischen Arbeiten zu verrichten sind — Verbandplatz, Lazarett — angeordnet hat. Weiter treten jetzt die Regeln der Asepsis stärker hervor gegenüber denen der Antisepsis, sind die Erfahrungen der neuesten Kriege mit den Wirkungen der kleinkalibrigen schnellfliegenden Geschosse in den Text aufgenommen, ist so manche Beschreibung von Operationen genauer und ausführlicher gegeben, ist anderes ganz neu eingeschaltet worden. Trotzdem hat das Büchlein kaum einen größeren Umfang angenommen, da — abgesehen von einigen Fortlassungen — Petitdruck reichlich zur Verwendung gekommen. Diese zweite Auflage ist somit zweifellos eine vermehrte und verbesserte.

Richter (Breslau).

---

12) **K. Seydel.** Lehrbuch der Kriegschirurgie.

Zweite Auflage. Mit 271 Abbild. XII, 391 S. Lex.-8. Stuttgart, **F. Enke**, 1905. ℳ 10.—; geb. in Leinw. ℳ 11.20.

Innerhalb der letzten 12 Jahre, d. h. in der Zeit zwischen dem Erscheinen der ersten und zweiten Auflage dieses Lehrbuches, hat die Kriegschirurgie gewaltige Umänderungen erlitten, ebensowohl in den Fortschritten der Kriegswaffen als der verletzenden Momente, wie in der diagnostischen Leistungsfähigkeit der Ärzte (Röntgenologie) und endlich in deren therapeutischem Können. Diese Fortschritte alle sind vom Verf. mit großem Fleiß und Geschick bei der zweiten Bearbeitung seines Lehrbuchs benutzt, und damit ist das Werk zu jener Höhe erhoben worden, daß es einem Jeden, der einen genauen Einblick in alles, was zur Kriegschirurgie gehört, gewinnen und einen gewissenhaften Ratgeber für chirurgisch ärztliche Leistungen im Kriege besitzen will, auf das beste empfohlen werden kann. Er findet darin auch genaue Angaben über die Unterbringung Verwundeter auf dem Kriegsschauplatz und über deren Transport und sieht alles,



namentlich auch die Operationen, durch zahlreiche gute Abbildungen von genügender Größe erläutert. **Richter** (Breslau).

---

13) **Hildebrandt.** Die Verwundungen durch die modernen Kriegsfeuerwaffen, ihre Prognose und Therapie im Felde. I. Bd. Allgemeiner Teil. (Bibliothek von Coler, Bd. XXI.)

Mit 109 Abb. u. 2 Taf. X, 278 S. 8. Berlin, **A. Hirschwald**, 1905. Geb. *M* 8.—.

Diese allgemeine Chirurgie der Schußverletzungen im Kriege, der ein spezieller Teil später nachfolgen soll, ist ein individuelleres Buch als die vorstehend besprochenen, da Verf. persönlich sowohl am Burenkrieg wie an der Expedition nach China im Jahre 1901/2 als Arzt teilgenommen und somit die Wirkung der neuesten Geschosse am Lebenden hat studieren und mit Röntgenstrahlen fixieren, die Wunden aber nach den modernen Grundsätzen hat behandeln und ihren Verlauf beobachten können. Gleichzeitig hat er tiefe Einblicke getan in die Literatur der Schußverletzungen und kennt genau die Schießversuche, die namentlich in den letzten Jahrzehnten im In- und Ausland unternommen worden sind. Im großen und ganzen kümmert er sich indes bei seiner Darstellung weniger um die theoretischen Fragen der Geschoßwirkungen, sondern gibt Erfahrungstatsachen und praktische Regeln. Unter diesen fällt auf, daß der Autor anrät, auf dem Verbandplatz die Umgebung des Ein- wie Ausschusses, wenn es irgend angeht, vor Anlegung des Verbandes gründlich mit Wasser und Seife zu reinigen, während sonst im allgemeinen die Regel gilt, ebenda die Wundöffnungen, ohne sie mit den Fingern zu berühren einfach mit einem aseptischen oder antiseptischen Trockenverband zu versehen, den Versuch aber, die Umgebung aseptisch zu machen, zu unterlassen. Von der Befolgung des Langenbuch'schen Vorschlages, die Wunde primär durch die Naht zu verschließen, weiß er über schlimme Erfahrungen zu berichten. Wie andere Kriegschirurgen bestätigt auch er die Erfahrung aus den neuesten Kämpfen, daß primäre größere Blutungen aus Schußwunden seltener geworden sind, dafür traumatische Aneurysmen auffallend häufig zur Beobachtung kommen.

Als statistisches Vergleichsmaterial gegenüber dem der früheren Kriege benutzt Verf. den amerikanischen Sanitätsbericht aus den Jahren 1898/99 mit seinen Zahlen aus den Kämpfen zwischen den Vereinigten Staaten und Spanien, wobei die guten Resultate jene der älteren Feldzüge gewaltig übertreffen. Dabei dürfte indes mit zu beachten sein, daß die Zahl der verwundeten Amerikaner doch verhältnismäßig eine recht kleine war, so daß jedem Einzelnen raschere und sorgfältigere Pflege zuteil werden konnte, als nach den großen Schlachten des deutsch-französischen Krieges, was nicht ohne Einfluß auf den Wundverlauf bleiben konnte. — Die gut ausgewählten Abbildungen des Buches, auch der Röntgenaufnahmen, genügen mit einigen wenigen Ausnahmen.

Historisch möchte ich richtig stellen, daß Schießversuche gegen offene wassergefüllte Gefäße zum Studium der hydraulischen-hydrodynamischen — Kocher sagte hydrostatischen — Geschoßwirkung schon Jahrzehnte vor v. Coler und Schjerning von Busch und dann namentlich von Kocher angestellt sind.

Ref. wünscht, daß das gute Buch recht viel Leser finden möge.

Richter (Breslau).

14) **D. Taddei.** Le ferite prodotte dei moderni fucili da guerra.

320 S. Florenz, **B. Seeber,** 1905.

Das Werk teilt sich in zwei große Teile, von denen der erste, etwas breit angelegte Teil die Wirkung der Geschosse auf leblose Ziele darstellt, während der zweite Abschnitt die Wirkung der modernen Infanteriegeschosse auf die verschiedenen Gewebe und Organe des menschlichen Körpers enthält. Das Buch stellt eine fleißige Studie dar, welche unter eingehender Berücksichtigung der Literatur das Thema kritisch beleuchtet. Eigenes Beobachtungs- und Untersuchungsmaterial ist weniger verwertet. Am Schluß befindet sich ein 9 Seiten umfassendes Literaturverzeichnis.

A. Most (Breslau).

15) **Bernardo** e **Brezzi.** Lo sgombero degli ammalati e dei feriti in guerra.

Mit 27 Textfig. u. 2 Taf. 276 S. Rom 1905.

Diese preisgekrönte Schrift stellt eine fleißige und eingehende Studie über die Bergung der Kriegsverwundeten dar. Sie teilt sich in neun Abschnitte, in welchen die verschiedenen Arten der Verletzungen und ihre erste Versorgung für den Transport, sodann dieser selbst und die einzelnen Transportmittel zu Wasser, zu Lande und im Gebirge eingehend besprochen werden. Hervorzuheben sind die Vorschläge über die Erhöhung der Zahl und die Gruppierung des italienischen Sanitätspersonales und ihrer Verbandplätze und Lazarette im Falle des Gefechtes und die Instruktionen über den Umfang der Tätigkeit dieser letzteren.

A. Most (Breslau).

16) **Schieffer.** Beitrag zur Chokwirkung bei Schrotschüssen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 581.)

S. berichtet in seiner aus der Bier'schen Klinik in Bonn hervorgegangenen Arbeit über Schrotschußversuche auf Hunde, teils ohne Vorbereitung der Tiere, teils nach spinaler Anästhesierung derselben mittels lumbaler Kokain-Adrenalininjektion nach Bier. Es zeigte sich, daß bei gleich schweren Verletzungen die nicht anästhesierten Tiere im Feuer sofort zusammenbrachen, während die anästhesierten noch kurze Zeit am Leben blieben, auch wohl noch einige Schritte laufen konnten. Hieraus ergibt sich ein Beweis für die Leyden-



Gröning'sche Choktheorie. Durch die Rückenmarksanästhesie wurden die sensiblen Centra gelähmt, unerregbar, undurchgängig und dadurch die verderbliche Einwirkung traumatischer Reize auf lebenswichtige Centra — also der »Chok« — ausgeschlossen und die Reflexe unmöglich.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

17) **S. Smith.** The treatment of gunshot wounds by british surgeons during the war of the revolution 1775—1783.

(New York med. record 1904. Mars 5.)

Unter dem Titel »Chirurgical institutes, drawn from practice, on the knowledge and treatment of gunshot wounds. Illustrated with some singular cases and cures of gallant warriors« wurde nach dem englisch-amerikanischen Kriege von H. S. J. Neale, »Chirurgen in Ihrer Majestät 5. leichten Dragoner-Regiment« ein kriegschirurgisches Werk publiziert, welches von S. hier besprochen wird.

Das Buch bestand aus zwei Teilen, aus einer Abhandlung über die Natur der Schußwunden nebst allgemeinen Behandlungsgrundsätzen und ferner aus der Kasuistik mit Beziehung auf die verschiedenen Körperregionen.

Neale bestreitet die Theorie der »vergifteten Schüsse« und publizierte ausgezeichnete Heilresultate. Sein Verfahren ist aber im höchsten Grade konservativ. Als erster Grundsatz wird aufgestellt, die verletzten Teile nicht zu beunruhigen, die Verbände möglichst lange liegen zu lassen und für freien Abfluß zu sorgen. Die Wunden wurden auch nicht ausgestopft. Kurz, moderne Grundsätze, wenn auch aus anderen Überlegungen hervorgegangen.

Loewenhardt (Breslau).

---

18) **N. Wolkowitsch.** Einige Daten über den Mechanismus der Entstehung der Radiusfrakturen an typischer Stelle, Anatomie und Behandlung derselben.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

W. glaubt, daß in der Frage des Mechanismus der typischen Radiusfrakturen durch Destot und Gallois ein bedeutender Schritt vorwärts getan worden ist, insofern dieselben darauf hinweisen, daß die Lage der Handwurzel (im gegebenen Falle die extendierte und abduzierte Stellung) bei diesem Mechanismus eine prävalierende Bedeutung hat. Wahrscheinlich hängt auch die Art der Beschädigung mehr von der Art des Angriffspunktes der Gewalt ab als von der Gewalt selbst. Die Gewaltwirkung, die sich auf den hinteren Rand der Gelenkfläche des Radius konzentriert, zerbricht auch hauptsächlich diesen Teil, oder die Wirkung tritt wie gewöhnlich höher zutage, d. h. dort, wo gleichsam zwei entgegengesetzte Kräfte aufeinander treffen: die eine, die das untere Ende zur dorsalen Seite hinzieht und gleichzeitig eine Torsion von der radialen zur ulnaren Seite hin bewirkt,

die andere, die unter dem Einfluß der Pronatoren auf die oberen Teile des Radius in völlig entgegengesetzter Richtung wirkt. Bei jungen Leuten gibt hierbei die noch erhalten gebliebene Stelle des diaphyso-epiphysären Knorpels nach; bei älteren Leuten kann die Bruchebene bedeutend höher liegen. Durch das Abweichen des unteren Knochenendes zur Dorsalseite läßt sich auch das nach vollendetem Knochenbruch zur Beobachtung gelangende Hervortreten des unteren Bruchstückes nach dieser Seite hin erklären, ebenso wie die Drehung desselben in dieser Richtung, so daß das Bruchstück mit seiner Knorpeloberfläche mehr nach hinten gerichtet ist. Der Druck der Handwurzel kann aber auf das Gelenkende des Radius oder umgekehrt der Radius auf die Handwurzel nur dann seine Wirkung vollständig entfalten, wenn das Lig. laterale internum zerrissen ist, das durch seine Anspannung das Abweichen der hyperextendierten Hand zur Ulna hin hindert. Die Verhältnisse liegen hier ähnlich wie bei der Schädigung des inneren seitlichen Bandes des Fußgelenkes bei der Fractura supramalleolaris fibulae. Die Lage des unteren Radiusbruchstückes wird auch nach erfolgtem Trauma noch aufrecht erhalten durch Muskelwirkung auf der dorsalen Seite. Man kann sich diese Wirkung leicht vorstellen, wenn man die so innige Verbindung der Extensorensehnen mit dem unteren Ende des Radius in Betracht zieht, auf welches sich auch anstelle der Hand die Wirkung dieser Muskeln konzentriert, sobald die Verbindung dieses Knochens mit dem übrigen Knochen gestört wird. Wenn einige von diesen Muskeln, wie z. B. die Extensores radiales, außer ihrer extendierenden Wirkung auf die Hand dieselbe auch noch radialwärts wenden und dabei eher supinieren als pronieren, so werden sie auch eine gleiche Wirkung auf das abgetrennte untere Radiusende ausüben. Die stark begrenzte Beschränkung der Beweglichkeit in der Richtung der Supination erklärt Verf. im Gegensatze zu älteren Anschauungen durch eine Schwächung der Mm. supinatores, während die Pronatoren erhalten bleiben.

Die Grundprinzipien der Behandlung der Radiusfraktur haben darin zu bestehen, daß man die Bruchstücke in eine regelrechte Lage zueinander bringt und sie in dieser festhält, ohne dabei die Hand zur Untätigkeit zu verurteilen. Die Hand soll im Handgelenke möglichst flektiert und gleichzeitig nach der ulnaren Seite hin abduziert werden. Geschehen soll dies mit Hilfe von Touren einer weichen Marlybinde, die über Wattebäusche hinweggehen, von denen der eine an der dorsalen Ulnarseite unmittelbar über dem Handgelenk und der andere in der Vertiefung zwischen Unterarm und der zur Ulnarseite abduzierten Hand liegt. Eine absolute Ruhe in dieser Lage ist nur in den ersten Tagen erforderlich; später sind Bewegungen erlaubt. Bleibt Pat. in Behandlung, so nimmt W. die Binde ab und massiert den Arm. Doch legt er das Hauptgewicht nicht darauf, sondern auf ein regelrechtes Zusammenwachsen der Bruchstücke. Muß der Arm geschient werden, so läßt Verf. die Finger dadurch in Bewegung setzen, daß er das Kneten eines in der Hohlhand liegenden Gummiballes vorschreibt. Er

hält das für ebenso gut wie die Massage und fängt schon nach einigen Tagen nach Anlegung der Schiene damit an.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

19) **Ghillini.** Bruch der unteren Epiphyse des Radius bei Automobilmechanikern.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Verf. erklärt den in der Überschrift genannten Bruch dadurch, daß bei dem Stoß der Automobilkurbel die untere Radiusepiphyse, welche auf den Carpalknochen drückt, die vollständige Wirkung direkt, ohne elastischen Zwischenapparat, welche denselben zu schwächen mag, empfängt. Unter diesem Einfluß kann die untere Radiusepiphyse je nach Art und Richtung des Stoßes gebrochen werden, entweder durch Schnitt (reiner Bruch, mit oder ohne parallele Verschiebung des kleinen Fragmentes), oder durch Schnitt und Knickung (Bruch mit Verschiebung des kleinen Fragmentes, begleitet mit Rotation), oder durch Quetschung hauptsächlich infolge der speziellen pathologischen Bedingungen des Knochengewebes (komminutiver Bruch). Die Ursache, weshalb der Bruch an dem Radius und nicht am Cubitus stattfindet, muß darin gesucht werden, daß die Wirkung des Stoßes vom Radius auf den Ellbogen übertragen wird, und zwar mittels der Bänder, welche die Stoßwirkung abschwächen, indem sie die Verrichtung einer eingeführten Feder übernehmen. Diese Verletzung ist als eine Art professioneller Unfall zu betrachten.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

20) **H. Kohl.** Über eine besondere Form der Infraktion: Die Faltung der Knochencorticalis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 383.)

K. berichtet über fünf Beobachtungen aus dem chirurgisch-poliklinischen Institut in Leipzig, jugendliche Pat. betreffend, welche nach einem Fall auf die vorgestreckte Handfläche eine umschriebene Druckempfindlichkeit ca. 3 cm oberhalb des Proc. styloideus radii nebst Schwellung daselbst, aber ohne die der typischen Radiusfraktur zukommende Deformität aufwiesen. Röntgen zeigte dabei regelmäßig eine an der bezeichneten Stelle quer über die Dorsalfläche des Radius ziehende buckelförmige Faltung. An den Seiten des Knochens erscheint letztere im Profil, einen kleinen dreieckigen Hügel bildend. (Vgl. die Röntgenkopien im Original.) Auf der Volarfläche des Radius findet sich kein Bruchspalt.

Diese Knochenrindenfaltung ist jedenfalls durch Biegung des Radius entstanden. Sitz derselben ist die (dorsale) Radiusfläche, welche konkav umgebogen zu denken ist. Gurlt hat experimentell ähnliche Knochenbiegungsinfraktionen bei kindlichen Vorderarmknochen erzeugt, wobei aber gleichzeitig an der konvex gebogenen Knochenfläche ein klaffender Riß entstand, ähnlich den Veränderungen, die eine eingekeilte frische Rute erfährt (»greenstick fracture«). Die in Leipzig

beobachteten Fälle kennzeichnen sich als Vorstufe zu solchen Infraktionen.

Eine ähnliche Beobachtung am Humerus zeigte das Röntgenbild eines 14jährigen Mädchens, welches, auf den Arm gefallen, Schmerzen in diesem klagte. Hier zeigt die Röntgenplatte (cf. Abbildung) in der Gegend des Collum chirurgicum eine um den Knochen laufende Leiste, offenbar auch durch Corticalisfaltung infolge von Knochenzusammenstauchung entstanden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

21) **Félizet.** Fractures de jambe à grand chevauchement. Appareil en deux temps.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 207.)

F. empfiehlt zur Behandlung von Unterschenkelbrüchen mit starker Dislokation und Reiten der Bruchstücke aufeinander folgendes Vorgehen: Zunächst fixiert er das gebrochene Bein nach nur ungefährer Ausgleichung der Dislokation im Gipsverband, um die Schmerzen und krampfhaften Muskelkontraktionen zu bekämpfen. Nach 4—5 Tagen bei Kindern, 8—10 Tagen bei Erwachsen sägt er die Gipshülse schräg in Höhe der Bruchstelle auf und läßt jetzt, während das obere Bruchstück durch einen Gehilfen oder auch nur durch die Schwere des Körpers bei Erhöhung des Fußendes des Bettes um 20 cm fixiert wird, am unteren Bruchstück einen kräftigen elastischen Zug durch einen 15—20 mm dicken Gummischlauch, der um den Gipsverband in Höhe des Fußgelenkes kreuzförmig geführt und in entsprechender Entfernung von der Fußsohle befestigt wird, einwirken. Binnen wenigen Minuten sieht man die Gipshülsen auseinanderweichen, das Bein sich strecken, die Bruchstücke beweglich werden, so daß man ihre Stellung leicht vollständig korrigieren kann. Um sicher zu sein, daß der Zug sich von der Haut genügend stark auf die Bruchstücke selbst fortpflanzt, muß man die Ränder der Gipshülsenhälften sich um 4—5 cm voneinander entfernen lassen, was gewöhnlich nicht mehr als 15—20 Minuten erfordern soll. Dann wird um die Gipshülsen in der korrigierten Stellung ein Gipsverband angelegt und der elastische Zug erst nach dessen Erhärtung entfernt.

Pierre Delbet bemerkt hierzu in der Diskussion, daß er, ohne das F.'sche Verfahren zu kennen, in ganz ähnlicher Weise vorgegangen sei. Röntgenphotographien, vor und nach Einwirkung der Extension angefertigt, hätten ihm aber gezeigt, daß, selbst wenn die beiden Gipshälften um 2—3 cm auseinander gewichen wären, die Stellung der Bruchstücken durch den Zug kaum eine Veränderung erfahren hätten. Das paradoxe Ergebnis erkläre sich dadurch, daß die Gipshülsen sich gegenüber dem Gliede verschöben. **Reichel** (Chemnitz).

---

22) **Dourthe.** Le pied blennorrhagique et la talalgie.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 27.)

Die Talalgie bei Gonorrhöe kombiniert sich gewöhnlich noch mit anderen Symptomen am Fuß, sowohl an den Bändern, Knochen als auch den Synoviales. Alle diese Symptome des »Pied blennorrhagique« beginnen gewöhnlich am Talus ganz schleichend gegen die 3. Woche nach Abnahme der akuten Erscheinungen der Gonorrhöe; im weiteren Verlaufe kommt es zu einer ausgebildeten gonorrhoischen Arthritis des Fußgelenkes, welche chronisch werden und sich über Monate und Jahre hinziehen kann. Die Erkrankung ist gegen jede Behandlung sehr rebellisch. Dem Verf. bewährte sich örtliche subkutane Einspritzungen einer 2%igen Lösung von salizylsaurem Natron in Vaselineöl, alle 2—3 Tage 1 ccm. Die Schmerzen schwanden hiernach allmählich mehr oder weniger vollkommen, und sämtliche Pat. konnten ihre Beschäftigung wieder aufnehmen. Die Behandlung kann ambulant durchgeführt werden.

Mohr (Bielefeld).

---

23) **Schultze** (Duisburg). Zur Behandlung des »rebellischen« Klumpfußes.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 2.)

Es unterliegt keinem Zweifel, daß es, namentlich im jüngsten Alter, bestimmte Formen von Klumpfüßen gibt, welche der Therapie einen fast unüberwindlichen Widerstand entgegensetzen. Für solche Fälle rebellischer Klumpfüße empfahl vor einigen Jahren Ogston eine Operationsmethode, die im wesentlichen in der Entkernung der Fußwurzelknochen besteht. Durch diese Operation erreichte er eine abnorme Beweglichkeit und somit die Möglichkeit, die Füße ohne Schwierigkeit in jede gewünschte Stellung zu bringen.

Da ein derartiger Eingriff aber niemals ganz gleichgültig ist (Wachstumstörungen nach Verletzung der Epiphyse usw.), empfiehlt Verf. eine unblutige Methode, die darin besteht, daß nach vorhergegangener Hebung der Adduktion durch den Lorenz'schen Osteoklasten oder manuell der Sinus tarsi durch einen eigenen Apparat auf das deutlichste entwickelt wird. Der Fuß wird dann in noch nicht korrigierter Spitzfußstellung in diesen Osteoklasten, der im wesentlichen aus zwei mit Scharnieren verbundenen Brettern besteht, gebracht und solange durch Ab- und Zuklappen, wippend oder drückend behandelt, bis die Spitzfußstellung gehoben und der Sinus tarsi modelliert ist. In dieser Stellung wird der Fuß eingegipst und zum Schluß eine Verlängerung der Achillessehne ausgeführt.

Für die Nachbehandlung des Klumpfußes bedient Verf. sich einer selbst konstruierten Schiene, die die vollendete Korrektur namentlich während der Nachtzeit erhalten soll.

Mehrere Abbildungen, die den Osteoklasten, die Schiene während der Nachbehandlung, die verschiedenen Akte des Modellierens und die

Korrektur von Klumpfüßen nach 1. resp. 2. Sitzung illustrieren, sind der Arbeit beigefügt. **Hartmann** (Kassel).

---

24) **Kirchner.** Die Ätiologie der indirekten Metatarsalfrakturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Die Entstehung der indirekte Metatarsalfrakturen ist bisher noch nicht genügend geklärt. Behufs Feststellung der Ursache bedarf es einer genauen Nachforschung, wann und bei welcher Gelegenheit der Betroffene die ersten Schmerzen im Fuß verspürt hat. Die dabei in Betracht kommenden Traumen teilt Verf. in drei Gruppen: 1) Sprung, 2) Treten in eine Vertiefung, 3) Vertreten, auf einen Stein treten. An letztere Gruppe schließen sich die beim Gehen, Laufen, Hinablaufen, Exerzieren entstandenen Fälle an. Bei dem Sprung erfolgt der Bruch dadurch, daß, während der Fuß sich etwa in Mittelstellung befindet, das Fußgewölbe durch die Körperlast niedergedrückt, der Metatarsalknochen also an der Plantarseite eingeknickt, das Köpfchen nach aufwärts geknickt wird. Beim Treten in eine Vertiefung sind mehrere Möglichkeiten vorhanden. Der Fuß kann erstens beim Aufsetzen des Beines sofort in die Vertiefung gesetzt werden, oder die Ferse wird auf den Rand der Vertiefung aufgesetzt, und beim Drehen um die Ferse gleitet der Fuß in die Vertiefung hinein. Der erste Metatarsalknochen kann dabei, wenn er höher liegt als der zweite, die Belastung event. nicht in der gewöhnlichen Weise aufnehmen, sie drückt auf den zweiten Knochen, und dieser bricht. Zweitens kann die Sache so liegen, daß die Hacke nicht in die Vertiefung gesetzt wird, dagegen nach Beendigung der Drehung der Vorfuß in die Vertiefung gerät. Hierbei erfolgt der Bruch in der Regel an dem am meisten vorstehenden Metatarsalknochen über dem Rande der Vertiefung als Hypomochlion und sitzt dann häufiger am proximalen Ende des Knochens. Zur dritten Gruppe, welche mehr als die Hälfte aller Fälle umfaßt, gehören alle diejenigen, bei welchen der Fuß auf eine Bodenerhöhung auftritt. Auch die Fälle, bei denen Stolpern über einen Gegenstand als Ursache des Metatarsalbruches angegeben wird, gehören wohl in diese Kategorie. Trifft die Fußsohle beim Drehen um die Hacke auf einen niedrigen Stein, so wird das ordnungsgemäße Aufsetzen der ganzen Sohle gestört. Trifft z. B. die Gegend des 3. oder 2. Metatarsalknochens auf denselben, so wird das Aufsetzen der ganzen Fußsohle beträchtlich gehemmt. Während der äußere Fußrand auf dem Boden aufliegt, kann der innere nicht aufgesetzt werden; der Fuß lehnt mit dem inneren Fußrand schräg aufwärts gegen den Stein, die Körperlast kann nicht auf den 1. Metatarsalknochen übertragen werden, sie drückt auf den auf dem Stein aufliegenden 3. oder 2.; und wenn diese Lage des Fußes beim Vorrücken der Körperlast von hinten nach vorn andauert, so wird ein solcher Knochen, welcher der noch durch Belastung erhöhten Körperschwere nicht gewachsen ist, brechen.

Eine große Rolle spielt es dabei, wenn die Muskeln infolge von Anstrengung ermüdet sind, wenn sie sich weniger kräftig kontrahieren und dem Fuß nicht rechtzeitig über das Hindernis hinüberhelfen oder dem Druck der Körperlast nicht entgegenwirken können. Ein Bruch des 3. oder 2. Metatarsalknochens kann um so leichter erfolgen, da diese sehr fest mit dem zugehörigen Keilbein verbunden sind. Durch den Umstand, daß Muskelermüdung einen wesentlichen Faktor in der Ätiologie dieser Knochenbrüche darstellt, erklärt sich ihre größere Häufigkeit gerade bei Soldaten gegenüber der bürgerlichen Bevölkerung. Der Beschaffenheit der Stiefel kann Verf. dabei keine Bedeutung zuzumessen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

Kleinere Mitteilungen.

25) **Moritz.** Ein Spirochätenbefund bei schwerer Anämie und karzinomatöser Lymphangitis.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1905. Nr. 20.)

Bei dem großen Aufsehen, welches die Entdeckung der Spirochaeta pallida als vermutlichen Erregers der Syphilis macht, ist M.'s Befund nicht ohne Interesse.

Ein 29jähriger Bierbrauer, angeblich nie venerisch gewesen, erkrankte an einer rätselhaften Infektionskrankheit und ging nach $3^1/_2$ Wochen daran zugrunde. Die Sektion ergab schwere Anämie mit lymphoider Knochenmarksdegeneration, Magen- und Darmgeschwüre, fibrinöse Pleuritis und lobulärpneumonische Herde. Die Lungen durchsetzt von grauglasigen miliaren Knötchen, die mikroskopisch aus epithelioiden Zellen mit zentralem Zerfalle bestehen und innerhalb der Lymphbahnen gelegen sind. Im Lebergewebe Degenerationsherde mit Zellenatrophie und eigentümlicher chromatinreicher Kerndegeneration. Viel Pigment in Leber und Milz. Im Knochenmark des Femur eine große Anzahl Spirochaeten; dieselben in geringer Menge auch in der Muscularis des Dünndarmes. Sie färben sich nur gut mit Thionin. Von den Recurrenserregern unterscheiden sie sich durch ihren plumperen Bau und die stumpfen Enden, von den bei Lues beobachteten durch ihre geringere Größe und gleichfalls die derbere Gestalt. Die verschiedenen Organveränderungen sind kaum durch eine der bekannten Infektionskrankheiten einheitlich zu erklären; möglicherweise haben die verschiedenen Krankheitsprozesse eine Beziehung zum Spirochätenbefunde. **Haeckel** (Stettin).

26) **Kieseritzky** und **Bornhaupt.** Über einige unter dem Bilde der Aktinomykose verlaufende Affektionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

Die unter dem klinischen Bilde der Aktinomykose verlaufenden Fälle stellen keine ätiologisch einheitliche Erkrankung dar, sondern werden durch verschiedene Mikroorganismen hervorgerufen. Bei den Untersuchungen der Verff. fanden sich solche, welche bisher noch nicht bekannt sind, neben anderen, die bereits isoliert worden sind. So ließ sich in einem Falle der Aktinomyces bovis et hominis züchten, in einem anderen wurde ein Mikrobion isoliert, welches sich wie die Cladothrix liquefaciens von Hesse verhielt; ferner wurden von einigen Kranken Pilze gezüchtet, welche im Gewebe die Strahlenform aufwiesen, im mikroskopischen Bilde der Kulturen aber Schizomyzeten ähnlich waren. In zwei anderen Fällen wurden einander sehr ähnliche Pilze gewonnen. Beidemal bestanden sie aus Kurzstäbchen, Ketten solcher Stäbchen, Fäden und kokkoiden Formen. Während es sich aber bei dem einen Kranken um einen Pilz handelte, der schwer züchtbar und pathogen

erschien, war das isolierte Mikrobion des anderen Falles leicht auf Nährböden übertragbar, aber nicht für Tiere pathogen. Ähnliche Pilze fanden sich bisher nicht beschrieben. Klinisch ist zu bemerken, daß trotz des verschiedenen bakteriologischen Befundes die Anfangsstadien und das Krankheitsbild in allen Fällen sich wenig voneinander unterschieden. Es war ihnen allen der chronische Verlauf eigen, der schließlich zu einer entzündlichen Geschwulst sich entwickelte. Ein Unterschied besteht darin, wie der Organismus in den Körper eindringt und sich in demselben entwickelt. Für den Aktinomyces dienen Mundschleimhaut, Speiseröhre, Darmkanal und Luftwege als Eingangspforten, und je nach der Eingangspforte lokalisiert sich der Prozeß. Die Art, wie die verschiedenen anderen Mikroorganismen in den Körper eindrangen, ist noch nicht festgestellt, obschon ein analoges Eindringen wie beim Strahlenpilze möglich ist. Außerdem ist zu den Unterscheidungsmerkmalen gegenüber der echten Aktinomykose zu rechnen der Geruch des Eiters, der mildere, gutartige Verlauf bei einer Reihe von Fällen und andererseits auch wieder das rapide Fortschreiten bei anderen, ferner die Möglichkeit eines primären Auftretens der Krankheit im Knochengewebe und der Einfluß auf das Allgemeinbefinden. Für die verschiedenen Arten der von den Verff. gefundenen Organismen ist dieses Verhalten ein verschiedenes. Die Therapie hat auf eine möglichst radikale Beseitigung alles Erkrankten zu sehen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

27) **R. Borrmann.** Statistik und Kasuistik über 290 histologisch untersuchte Hautkarzinome.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 404.)

Das sehr wertvolle Material, auf dem diese bedeutsame und zahlreiche neu konstatierte Tatsachen beibringende, von hervorragendem Fleiß und Sachverständnis zeugende, 135 Seiten einnehmende Arbeit basiert, hat B. im Laufe von 3 Jahren durch Zusendung frisch exstirpierter Karzinome von ca. 60 Chirurgen zusammengebracht. Nachdem er über die rein pathologisch-biologischen Resultate der an den Präparaten angestellten Studien bereits in der Zeitschrift für Krebsforschung eingehend berichtet (Referat in unserem Blatte 1904 p. 1202), liefert er hier eine gründliche statistische Durcharbeitung des Materiales nach allen klinisch-praktischen Gesichtspunkten, wobei die früheren Statistiken zum Vergleich herangezogen werden und sich teils analoge, teils abweichende Resultate ergeben haben. Von letzteren sei im allgemeinen vorweggenommen, daß die operativen Resultate bei der Hautkarzinombehandlung in der Neuzeit erheblich besser gegen früher geworden sind. Das Publikum läßt sich gegenwärtig das Hautkarzinom viel früher operieren als ehedem. Infolgedessen gelangen beginnende Karzinome häufig zur Operation, z. T. von sehr geringer Größenausdehnung, und erfreulich häufig ist dementsprechend die Zahl der im Gesunden ausgeführten Operationen und diejenige der rezidivfrei bleibenden Radikalheilungen. Es ist unmöglich, den ganzen reichen Inhalt von B.'s Studien in ein Referat zusammenzudrängen, und muß Hervorhebung einiger wichtigster Facta hier genügen. B. teilt die Hautkarzinome, zu denen er auch die Pflasterzellenkrebse der Mundhöhle und der Genitalien nimmt, ein in verhornende und nicht verhornende (Ulcus rodens). Die nicht verhornenden, von ihm auch Coriumkarzinome benannt, entstehen nach ihm aus subepidermalen Zellhaufen, die im Fötalleben abgesprengt waren. Sie zeigen spindelige dichtgelagerte Zellen und bilden etwas mehr wie ein Drittel des Materiales gegenüber dem gewöhnlichen Plattenepitheliom.

Von den bearbeiteten 253 Hautkarzinomen saßen 235 = 93% im Gesicht, und war unter diesen Fällen, was mit den Statistiken anderer Autoren übereinstimmt, am häufigsten die Unterlippe, mit 42 Fällen, 38 ♂, 4 ♀, am seltensten das Knie mit 1 Fall ♀ befallen. Dem Geschlechte nach kommen von den Gesichtskrebsen 131 auf Männer (55,7%), 104 auf Frauen (44,3%), so daß erstere nur um $^1/_4$ prävalieren, ein ganz auffallender Befund — denn in den früheren großen Statistiken war die Überzahl der Männer 3mal größer gegenüber den Frauen. Das höchste

Durchschnittsalter liegt beim Unterlippenkrebs mit 65, das niedrigste beim Ohrkarzinom mit 56,2 Jahren; für sämtliche 235 Gesichtskrebse ergibt sich ein Durchschnittsalter von 61,4 Jahren. Die Zeitdauer des Bestehens des Krebsleidens beim Zeitpunkt der Operation ist in R.'s Statistik bemerkenswert geringer als in den früheren; denn 56,4% aller Kranken kamen bereits im ersten Jahre des Krankheitsbestehens in die Hände des Operateurs. Besonders die Pat. mit Unterlippenkrebs und solche, wo der Krebs durch seinen Sitz besonders auffällt (an Wange und Nase) stellten sich frühzeitig zur Behandlung. Dem frühzeitigen Eintritt der Kranken in die Behandlung entspricht die durchgängig verhältnismäßig geringe und ebenfalls in früheren Statistiken noch nicht konstatierbar gewesene geringe Größe der Karzinome. Ziemlich genau die Hälfte der Fälle (115) waren nur 1 cm groß und noch kleiner, die andere Hälfte über 1 cm groß, Geschwülste von 4 oder gar 5 cm Durchmesser dagegen nur sehr gering an Zahl vertreten. Die kleinsten untersuchten Karzinome besaßen nur Maße von 1 : 1 mm! Recht interessant und neue Tatsachen lehrend sind auch die Befunde über multiples Vorkommen der Krebse. B. unterscheidet dabei zwischen lokaler und getrennter Multiplizität, bei deren ersterer 2 oder mehrere Krankheitsherde unweit voneinander stehen, während bei der zweiten ganz verschiedene Hautbezirke von dem Leiden okkupiert werden. Im ganzen wurden im Gesicht bei 235 Fällen 51 multiple Erkrankungen (21,7%) gefunden, und zwar 21 lokaler, 18 getrennter Multiplizität. Die lokale Multiplizität führt B. darauf zurück, daß »die embryonalen Zelldystopien«, in denen er die Ursache der Geschwulstbildung sieht, meist dicht zusammenliegen. Weiteres Wachstum der benachbarten Krebsherdchen führt natürlich zur Konfluenz wonach ein ursprünglich multiples Karzinom zu einem singulären wird; doch bleibt die Tatsache der erst vorhandenen Multiplizität sicher. Von den Fällen getrennter Multiplizität ist der einer gleichzeitig an 6 Stellen (rechter Nasenseite, rechtem Ohr, Nasenrücken, rechter Wange, rechter Schläfe, rechtem Ohr) gewachsenen Geschwulst der erstaunlichste; es folgen 4 Fälle von je 3 und 19 Fälle von je 2 Gesichtskarzinomen. Auch Fälle von multipler, aber nicht gleichzeitiger Krebsbildung (metachrone Multiplizität im Gegensatz zu synchroner) sind zu berücksichtigen (18 Fälle).

Bezüglich der Operationsresultate wird die genaue Untersuchung der Exstirpationspräparate darauf hin, ob sicher im gesunden geschnitten war, mit der Frequenz der eingetretenen Radikalheilungen bezw. Rezidiverkrankungen verglichen, wodurch ein exaktes, in dieser Weise früher auch nicht ermöglichtes Resultat gewonnen war. Es fanden sich unter 136 hier verwertbaren Fällen von Gesichtskrebs 111 = 81,6%, die im gesunden exstirpiert waren, und 105, die rezidivfrei blieben (77,2%). Am häufigsten wurde im Gesunden operirt beim Karzinom der Oberlippe, am seltensten beim Stirnkarzinom. — Betreffs der die nicht im Gesichte sitzenden Karzinome angehenden Zählungen sei auf das Original verwiesen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **Glimm.** Ungewöhnliche Form der Verhornung bei einem Hautkarzinom.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Verf. beschreibt eine Achselhöhlengeschwulst, die vom Hautepithel ausging. Die Färbemethoden und die Reaktionen auf Verhornung fielen positiv aus. Interessant war die Größe der Zellkomplexe, die fast den Umfang einer Erbse erreichten. Ferner war auffällig und ungewöhnlich, daß die verhornten Zellen einander sehr ähnlich sahen, und daß neben der konzentrischen Anordnung um eine Hornperle sich die Zellen einfach aneinander legten, stellenweise sich zu großen Gebilden vereinigten, dann auch in feineren Bändern, stets ohne Abkapselung, die Geschwulst durchzogen. Diese Art der Verhornung ist der beim Atherom etwas ähnlich. Analoge Beschreibungen konnte G. in der Literatur nicht finden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).



29) **H. Doering.** Beitrag zur Lehre von der idiopathischen Osteopsathyrosis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 284.)

D. beschreibt einen in der Göttinger Klinik beobachteten Fall der seltenen, bislang erst 78mal beschriebenen Krankheit. Ein bis zu seinem 4. Lebensjahre gesunder, hereditär nicht belasteter Junge erleidet durch einen leichten Fall einen Bruch des linken Oberschenkels, der ohne Folgen in der gewöhnlichen Zeit ausheilt. In unbestimmten Intervallen kommen dann im Laufe der nächsten Jahre, jedesmal durch unbedeutende Gewalteinwirkungen — leichter Stoß — rasche Bewegung — Schleudern eines Steines — schnelles Umdrehen im Bett — verursacht, neue Frakturen zustande. Sie erreichen bis zum 15. Lebensjahre die Zahl 22 und verteilen sich folgendermaßen: obere Extremität 4, untere 16, Rippen 2. Verschont bleibt kein langer Röhrenknochen, mit Ausnahme des rechten Oberarmes; am häufigsten befallen werden die Oberschenkel, dann folgen die Unterschenkel, und an dritter Stelle stehen die Knochen der oberen Extremität. Die Brüche heilen in der gewöhnlichen Zeit, bedingen aber, da nur bei wenigen sachkundige Hilfe zur Hand war, sehr erhebliche Verunstaltungen des Skeletts. Die Schmerzhaftigkeit der einzelnen Frakturen ist ziemlich gering; eine Biegsamkeit der Knochen läßt sich nicht mehr konstatieren. Schädel, Wirbelsäule, Becken, Schulterblätter sowie Schlüsselbeine, die kleinen Hand- und Fußknochen bleiben unversehrt. Ein Photogramm des nackten Pat. in völliger Figur, die Röntgenbilder seiner Extremitätenknochen mit Ausnahme der Humeri und die genauen Maßaufnahmen seiner Röhrenknochen geben die interessanten Details des Falles. Was an den Röntgenbildern am auffälligsten ist und was zu den typischsten Eigenheiten der Erkrankung gehört, ist die außerordentliche Atrophie der Diaphysen der Röhrenknochen, während deren Epiphysen von normaler Gestalt, Größe und Bildung sind, ebenso wie die Struktur und Funktion der Gelenke. Die meisten Diaphysen des Pat. besitzen nur $^1/_3$ der normalen Dicke, die Fibulae sogar noch weit weniger. Das Becken zeigt im Röntgenbild, ähnlich wie bei Osteomalakie, eine deutliche Schnabelform, erscheint unverkennbar beiderseits einwärts zusammengedrückt, so daß bei ihm sicher auf eine früher bestehende abnorme Biegbarkeit zu schließen ist.

Auch zur Histologie des Leidens bringt D.'s Fall einen Beitrag, da Pat. zur Besserstellung seines stark verkrümmten Unterschenkels einer Osteotomie der Tibia unterzogen und das hierbei gewonnene Präparat mikroskopisch untersucht wurde. Die Heilung dieser Osteotomie verzögerte sich übrigens nicht unerheblich; denn die feste knöcherne Konsolidation kam erst nach ca. 5 Monaten zustande. Schuchardt war der Ansicht, daß die geringe Dickenausbildung der Knochen durch eine Funktionsversagung seitens des Periosts bezüglich der durch das Periost zu leistenden Knochenapposition zu erklären sei. Die Befunde D.'s sprechen insofern gegen diese Annahme, als das Periost einen guten Kernreichtum, ja eine direkte Kernvermehrung aufwies. Auffallend waren dagegen im Knochenmarke, daß sich inmitten der großen, vielgestaltigen Markräume, die durchweg sehr zahlreich waren, vielfach schollige Gebilde fanden, welche größtenteils homogen, teilweise auch feinkörnig gezeichnet waren und sich mit Eosin rot, nach van Gieson gelb färbten. Diese Schollen gehen z. T. direkt in normale Knochenbälkchen über; an den ihnen benachbarten Markteilen sitzen zahlreiche Riesenzellen (Osteoklasten). D. faßt diese Schollen als nekrotische Knochenpartien auf und glaubt ihre Entstehung als Folge der Einwirkung von Traumen (Dehnung, Kompression) erklären zu können. Was das biologische Verhalten des Periosts betrifft, meint D., daß an dessen Produktionsfähigkeit nicht zu zweifeln sei, dagegen mag es eine die Norm überschreitende Resorptionskraft besitzen, die ihrerseits, wie auch Rebbeling behauptet hat, die Dysplasie bezw. Atrophie der Corticalis bei den Röhrenknochen zur Folge hat. — Der Arbeit ist ein 19 Nummern zählendes Literaturverzeichnis angehängt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

30) **H. M. Joseph.** Chondrodystrophia foetalis or achondroplasia.
(Lancet 1905. July 22.)

Verf. betont die Unterschiede dieser Krankheit von Rachitis und Kretinismus und gibt genaue Maße eines Falles an, die zeigen, daß bei der seltenen Affektion die Hände- (Länge) und die Brustmaße viel unter dem Durchschnitte, die Gesichtsmaße ein wenig unter dem Durchschnitte sind, dagegen die obere Schädelpartie, der Bauch, die Hände und Finger in ihrer Breite über die mittleren Maße hinausgehen. Der Fall Verf.s betraf ein kräftiges, sonst gesundes Mädchen von 3 Jahren und 11 Monaten, dessen geistige Eigenschaften ebenfalls zurückgeblieben waren. Eine Abbildung zeigt das Kind in seinem höchst eigentümlichen Aussehen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

31) **K. Frank.** Beitrag zur traumatischen Muskelverknöcherung.
(v. Langenbeck's Archiv Ld. LXXVI. Hft. 4.)

Verf. beschreibt die Krankengeschichten von zwei Pat., die durch einen Hufschlag resp. durch eine Luxatio antebrachii Knochengeschwülste am Oberschenkel bezw. in der Ellbeuge bekamen, bei denen es sich also um eine echte Myositis traumatica ossificans handelte. F. glaubt, daß bei seinen Fällen sowohl das Periost wie das Muskelbindegewebe an der Bildung des Knochengewebes beteiligt sind. Im ersten Falle war nach dem Operationsbefunde das Periost selbst auf eine größere Strecke geschädigt. Es ging also von hier der Ossifikationsprozeß hauptsächlich aus. Aber auch der mäßige Reiz, der durch das Hämatom und die tiefgreifende Muskelzerstörung gesetzt war, machte sich geltend, führte zu einer entzündlichen Wucherung des Bindegewebes, das sich dann an der Verknöcherung beteiligte.

Bei dem zweiten Falle waren zwei Knochenstücke vorhanden. Das obere war als ein primär im M. brachialis int. entstandenes Osteom anzusehen. Dasselbe stand in gar keiner Verbindung mit dem Knochen und hatte einen großen Teil des Muskels völlig ersetzt. Bei dem unteren dagegen dürfte es sich, besonders nach Prüfung des Röntgenbildes, um eine periostale Ossifikation handeln, an der möglicherweise auch das Bindegewebe der Brachialissehne teilnahm. Von histologischen Befunden erwartet Verf. keine weitere besondere Klärung für die vorliegende Frage mehr, er bespricht noch die verschiedenen Theorien zur Frage der Pathogenese des Leidens, erörtert das Problem kurz, ob Geschwulst oder Entzündung vorliege und kommt zuletzt auf die Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Behandlung zu sprechen. Auch er ist der Ansicht, daß man gut tun wird, in frischen Fällen anfangs konservativ mit Massage, Heißluftbädern, Resorbentien zu verfahren, um eine Resorption einzuleiten. Andererseits aber empfiehlt er natürlich, schwere funktionelle Störungen durch Entfernung der neugebildeten Knochenmasse auf operativem Wege zu beseitigen. Sehr radikale Verfahren, welche man zur Vermeidung von Rezidiven angegeben hat, und welche zur Wegnahme des ganzen betroffenen Muskels führen, empfiehlt F. nicht. Die einfache Beseitigung der Verknöcherung genügt in den meisten Fällen vollkommen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

32) **Michels and P. Weber.** Obliterative arteritis, leading to gangrene of extremities in otherwise apparently healthy men in the prime of life.
(Brit. med. journ. 1905. April 8.)

Verff. — Chirurg und Interner am Deutschen Hospital in London — berichten über den klinischen und mikroskopischen Befund eines Falles von obliterierender Endarteriitis an der unteren Extremität bei einem 39jährigen, sonst völlig gesunden, jüdischen Zigarettenarbeiter, dem bereits 15 Jahre vorher die rechte untere Extremität wegen des gleichen Leidens amputiert worden war. Es ist dies der dritte Fall mit demselben Symptomenkomplex, den Verff. in kurzer Zeit beobachten konnten. Stets handelte es sich um arme Juden männlichen Geschlechts

aus dem »East-End« Londons zwischen 30 und 40 Jahren, die in elenden Verhältnissen lebten und einen mäßigen Mißbrauch in Tee und Zigaretten trieben. Nach Ausschluß von Lues, Alkoholismus, frühzeitiger Senilität, Ergotismus usw. nehmen Verff. als mögliche Ursache des Leidens an, daß Rasseeigentümlichkeiten und soziale Gewohnheiten in Nahrung und Lebensweise eine Prädisposition schaffen.

Zum Schluß nehmen sie Bezug auf eine Diskussion in der Berliner med. Gesellschaft vom 9. November 1904, wo Israel auf ähnliche Fälle von »idiopothischer« Gangrän bei russischen Juden aufmerksam machte. **W. Weber** (Dresden).

33) Jordan. Guter Erfolg durch Antistreptokokkenserum bei einem schweren Erysipel.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1905. Nr. 7.)

Bei einem über 2 Wochen anhaltenden, mit andauernd sehr hohen Temperaturen einhergehenden, schweren Falle von Wandererysipel injizierte J. innerhalb von 7 Tagen viermal je 10 ccm Aronsohn'sches Antistreptokokkenserum subkutan. Nach der vierten Injektion war das Erysipel verschwunden. Die Rekonvaleszenz wurde gestört durch hämorrhagische Nephritis, die wohl dem Erysipel, und durch schmerzhafte, aber schnell vorübergehende Schwellungen des rechten Knies und fast sämtlicher Phalangealgelenke, die wohl dem Serum zuzuschieben sein dürften. J. hat den Eindruck, daß das Serum in diesem Falle von günstiger Wirkung auf das Erysipel gewesen sei. **Haeckel** (Stettin).

34) Hoffmann. Die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Verf. hat sechs leukämische Kranke mit Röntgenstrahlen behandelt; darunter sind drei von besonderem Interesse, weil sie die Wirkung der Strahlen in den einzelnen Stadien der Erkrankung zu klären imstande sind. Der am wenigsten fortgeschrittene Fall zeigte das beste Resultat, »so daß schon nach 4 Monaten der Blutbefund nicht mehr als leukämisch bezeichnet werden konnte«. Der mäßig fortgeschrittene Fall (noch in Behandlung) zeigte ebenfalls nach ganz kurzer Zeit eine bedeutende Verbesserung der Blutbilder. Der am weitesten vorgeschrittene bot nur geringe Besserung des Blutbefundes; dagegen war auch hier, wie in den anderen Fällen, das Allgemeinbefinden wesentlich gebessert (Hebung der Kräfte, Nachlaß des Fiebers usw.).

Schädliche Nebenwirkungen werden nur von seiten der Haut beobachtet. Ob eine wirkliche Ausheilung des Krankheitsprozesses vor sich geht, kann heute noch nicht gesagt werden.

Zum Schluß fordert Verf. auf, sämtliche Forschungen auf diesem Gebiete unter genauer Angabe der Technik und des Blutbefundes an eine Zentrale (zunächst an die Redaktion der Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen) zu senden. **Gaugele** (Zwickau).

35) Krause. Zur Röntgenbehandlung der Leukämie und Pseudoleukämie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Nachdem Verf. schon in Heft 3 dieses Bandes der Fortschritte einen zusammenfassenden Bericht über den heutigen Stand der Röntgentherapie bei Bluterkrankungen veröffentlicht hat, will er heute an der Hand der in der Breslauer medizinischen Klinik beobachteten Fälle eine möglichst objektive Schilderung der Erfolge speziell bei Leukämie und Pseudoleukämie geben.

Bezüglich der Technik bemerkt Verf. im ersten Teile seiner Arbeit, daß er stets mit Müller-Röhren (hauptsächlich Wasserkühlröhren) arbeitet. Er benutzt ausschließlich härtere Röhren (meist Grad 6—8 der Walter'schen Härteskala), um schädigende Wirkungen auf die Haut mit größerer Sicherheit zu vermeiden. Verf. verfügt über einen Induktor von 60 cm Funkenlänge, einen Wehnelt'schen Unter-

brecher und Walter-Schaltung. Die Entfernung vom Körper, dessen nicht zu bestrahlende Partien mit Schutzplatten aus Blei bedeckt sind, beträgt 35—40 cm. Die Bestrahlung war anfänglich von 10—15 Minuten Dauer täglich, später bis zu 30 Minuten. Zuerst wurde die Milz der Bestrahlung ausgesetzt, dann nach 5 Tagen abwechselnd die langen Röhrenknochen und das Brustbein. Über 1000 Minuten wurde die Behandlung nicht ohne größere Pause fortgesetzt.

Dem technischen Teile folgt die genaue Angabe der Krankengeschichten von sechs chronisch myelogenen und zwei lymphatischen Leukämikern.

Im Schlußkapitel faßt K. die Wirkungen der Röntgenstrahlen auf die Leukämie auf Grund seiner Resultate dahin zusammen:

1) Die Wirkung auf das Blut betrifft in erster Linie die Leukocyten, welche beinahe in allen Fällen nahezu bis zur normalen Verhältniszahl zurückkehrten, die Myelocyten in stärkerem Maße als die Lymphocyten. Auch die Zahl der Erythrocyten stieg an, in einem Falle bis zur »Polycythämie«. Entsprechend wuchs der Hämoglobingehalt und das spezifische Gewicht.

2) Am bemerkenswertesten ist die Verkleinerung selbst riesiger Milztumoren. Die Einwirkung ist eine sehr langsame.

3) Hand in Hand damit gehen eine stetige Gewichtszunahme, Änderungen im Stoffwechsel (auffallend große Ausscheidung von Harnsäure und Purinbasen).

4) Der Einfluß auf das Allgemeinbefinden ist meist ein äußerst günstiger: Kopfschmerzen, Unlust usw. verschwanden mehrfach vollkommen.

5) Von schädigenden Wirkungen sah Verf. außer einer sehr häufig eintretenden Pigmentation 2mal schnell vorübergehendes Erythem, 1mal eine leichte Exkoriation, dagegen keine Hautulcera.

Zusammenfassend bemerkt Verf. am Schluß, »daß die Röntgenstrahlen auf die Zusammensetzung des Blutes, auf Milz- und Drüsenschwellungen, auf das Körpergewicht und den Stoffwechsel von Leukämiekranken eine intensive Wirkung haben, welche wir berechtigt sind als Heilungsvorgänge zu deuten«. Von einer vollen Heilung kann man bis jetzt nicht sprechen. **Gaugele** (Zwickau).

36) R. Boggs. Treatment of non-malignant diseases by the Roentgen-ray.

(Med. news 1905. May 6.)

Verf. bespricht die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Akne, Lupus, Hodgkinsche Krankheit, tuberkulöse Lymphome und Kröpfe. Hartnäckige Akne wurde mit Erfolg nur bis zur Verbrennung bestrahlt. Bei Lupus kombiniert Verf. die Röntgenbestrahlung mit der Finsenbehandlung, indem er mit der ersteren beginnt. Die Wirkung der Röntgenstrahlen trat schneller zutage wie die des Bogenlichtes.

Unter sechs Kröpfen gingen drei vollständig zurück, während drei nur auf eine leichte Vergrößerung reduziert werden konnten, bei denen aber die Beschwerden verschwanden.

Tuberkulöse wie bösartige Lymphome konnten gleichfalls verkleinert werden.

Eine Idiosynkrasie für die Röntgendermatitis verantwortlich zu machen, hält Verf. für falsch und schreibt diese Erkrankung lediglich einer mangelhaften Technik zu. **Hofmann** (Heidelberg).

37) T. Brown and A. T. Osgood (New York). X-rays and sterility.

(Amer. journ. of surgery 1905. April.)

Verff. beobachteten 18 Fälle von Azoospermie oder Oligonekrospermie bei Röntgenarbeitern im Alter von 22—40 Jahren; sechs derselben hatten auch Röntgendermatitis an den Händen. In der ohne Zweifel in geringerer Menge ejakulierten Samenflüssigkeit fanden sich zahlreiche feine, runde, stark lichtbrechende Körperchen verschiedener Größe.

Besonders interessant ist die Beobachtung eines Dr. Laporski (Neuyork), der einen Kranken wegen Pruritus und Fistula ani mit Röntgenstrahlen unter Schutz des Hodensackes behandelte. Der vorher normale Samen zeigte trotzdem nach zwei Sitzungen von 10—15 Minuten in 8 Tagen Nekrospermie bei normaler Anzahl

der Spermatozoen. Nachdem Pat. noch zwei solche Sitzungen durchgemacht und dadurch von seinem Afterleiden befreit war, zeigte er nach 5 Monaten, in denen er den Koitus mied, wieder lebende Samenfäden in großer Zahl.

Goebel (Breslau).

38) Lönnqvist. Kriegschirurgische Erfahrungen vom russisch-japanischen Kriege.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1905. Nr. 22 u. 23.)

L., Chefarzt eines Lazarettes des Finnischen Vereins zur Pflege verwundeter und kranker Krieger in Guntschutin (Mandschurei), gibt in kurzen Zügen einige Erfahrungen kriegschirurgischer Art. Bei reinen Weichteilschüssen war Ein- und Ausschußöffnung oft gleich groß; diese Wunden heilten meist glatt. Die durch das kleinkalibrige Geschoß erzeugten Wunden bluten wenig, führen aber häufig zu Aneurysmen. Eigentümlich waren in 2 Fällen nervöse Störungen in dem angeschossenen Gliede, welche als reine Neuritiden verliefen. In spongiösen Knochen, den Epiphysen der langen Röhrenknochen, kam es oft zu reinen Lochschüssen, während die Diaphysen ausgedehnt zertrümmert wurden. Die relative Ungefährlichkeit der Lungen- und Bauchschüsse, welche ja auch sonst beim modernen Pojektil oft hervorgehoben ist, kann auch L. bestätigen; von 35 Lungenschüssen starben nur 5, von 24 penetrierenden Bauchschüssen 13; dreimal wurde laparotomiert, stets ohne Erfolg.

Haeckel (Stettin).

39) Seldowitsch. Über Verletzungen durch japanische Geschosse.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Verf. hält den Transport der Verwundeten und Kranken immer noch für einen der wundesten Punkte des russischen Kriegsmedizinalwesen. Die Züge sind mit weniger Luxus auszustatten, aber mit einer größeren Anzahl von Plätzen zu versehen, damit es nicht vorkommt, daß ein Teil zwar in vorzüglich ausgestatteten Wagen herbei befördert wird, die Mehrzahl aber haufenweise auf dem nackten Boden der Frachtwagen, bisweilen ohne Verband, ohne Nahrung, halb nackt liegen muß. Der Transport der Verwundeten außerhalb des Eisenbahnrayons wurde meist mit zweiräderigen Wagen bewerkstelligt, die so martervolle Fahrzeuge waren, daß sie nicht einmal ein Gesunder vertragen könnte. Die fliegenden Abteilungen des russischen roten Kreuzes haben die auf sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt. Man könnte dieselben zu Transportzwecken benutzen.

Die Verletzungen der Schädel-, Brust- und Bauchhöhle, durch Granatsplitter von Artilleriegeschossen der Japaner herrührend, führten in der Mehrzahl der Fälle rasch zum Tode, so daß sie auf den Evakuationsplätzen gar nicht mehr zur Behandlung kamen. Bei den überlebenden Personen, die an weniger wichtigen Gebieten durch Granatsplitter verwundet wurden, kamen gleichfalls sehr schwere Affektionen vor, wie stinkende, gangränös septische Phlegmonen, welche ausgedehnte Inzisionen erforderten. Die Amputation war keine so seltene Operation, wie man das angenommen. Die Verletzungen mit Schrapnellkugeln gaben eine gewaltige Mortalität im weiteren Verlauf und machten sehr oft chirurgische Eingriffe nötig. Die Prognose dieser Art von Verletzungen ist für solche der Brusthöhle günstiger, für diejenigen der Schädel- und Bauchhöhle dagegen ungünstig. Die Humanität der modernen Gewehrgeschosse, die auch S. auf Grund seiner ersten Beobachtungen annehmen zu dürfen geglaubt hatte, scheint ihm jetzt bei größerer Erfahrung keineswegs mehr so anerkennenswert zu sein. Die Gewehrgeschosse führen häufig, wie aus seinen Einzelschilderungen hervorgeht, gewaltige Verwundungen mit tödlichem Verlaufe herbei. Für die kranio-zerebralen Schußverletzungen hält Verf. mit wenigen Ausnahmen operative Maßnahmen für indiziert. In der Tat ist es erstaunlich, was in einzelnen kompliziertesten Fällen durch sie noch geleistet werden konnte.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

40) **O. Grosse.** Eine neue Methode der Sterilisation chirurgischer Messer.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Verf. empfiehlt eine neue Methode der Messersterilisation in einem gläsernen Reagensrohre mit Korkverschluß. Der Kork wird durch eine Kette fixiert, welche an einer um das Glas laufenden Drahtspirale befestigt ist. Durch leichten Fingerdruck läßt sich die Spirale zum Öffnen und Schließen des Rohres zusammenschieben. In das Rohr ist ein Drahtgestell einzuführen, welches die Messer trägt. Falls ein Dampfsterilisator vorhanden ist, werden die Rohre mit den Messern in denselben gelegt; bei den gewöhnlichen Kochsterilisationsapparaten können sie im Verbandeinsatz oder auf einem Drahtgestell über dem Wasserspiegel auf dem Instrumenteneinsatze Platz finden. Eine Sterilisation von 10 Minuten genügt nach den bakteriologischen Untersuchungen des Verf.s unter allen Umständen zur Keimfreiheit der Messer. Die Erklärung für die gute Wirkung seines Verfahrens findet Verf. darin, daß die geringe Wasserdampfmenge der im Glasrohr befindlichen atmosphärischen Luft ausreicht, um unter Einwirkung einer Temperatur von 100° C im Rohr eine regelrechte Wasserdampfsterilisation zustande kommen zu lassen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

41) **O. Grosse.** Ein chirurgischer Universalsterilisator.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

G. beschreibt an der Hand einer Abbildung seinen Universalsterilisationsapparat mittels Wasserdampf, in welchem er Instrumente, Katheter, Verbandstoffe, Chemikalien usw. sterilisiert. Die nähere Art des Gebrauches ist in der Originalarbeit zu lesen; sie würde eine völlige Wiedergabe des Aufsatzes erfordern.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

42) **Nettel.** Über eine Modifikation bei der Herstellung der Gips-Hanfschiene.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 48.)

N. teilt eine von dem Diener der v. Eiselsberg'schen Klinik erdachten Verbesserung in der Anfertigung einer Beely'schen Gips-Hanfschiene mit, die darin besteht, daß über ein Bündel gut durchgekämmten Hanfes ein Trikotschlauch gezogen wird. Das untere Ende wird zugeschnürt, in das obere mittels eines weiten Trichters der Gipsbrei gegossen, nun oben auch abgebunden und das Ganze auf einem Tische durcheinandergeknetet und dann glatt gestrichen.

Hübener (Dresden).

43) **Mauclaire.** Sur la luxation récidivante de l'épaule. Capsulorrhaphie après exploration intra-articulaire.

Rapport de M. Lucien Picqué.

Picqué berichtet über drei von M., einen von ihm selbst und einen von Lardennois mit Erfolg durch Kapselnaht operierten Fall habitueller Schulterverrenkung. In keinem der fünf Fälle handelte es sich um einen Kapselriß, sondern stets nur um eine Kapselerweiterung. In einem Falle M.'s war dieselbe bedingt durch streckenweise Ablösung des Periosts am Kapselansatz an der vorderen Umrandung der Fossa glenoidalis; in dem Falle Lardennois wurde keine genügend klare Einsicht in die anatomischen Verhältnisse gewonnen, in den drei übrigen Fällen aber handelte es sich um einfache herniöse Ausstülpung der Gelenkkapsel. In allen Fällen wurde eine Verengerung der Kapsel durch Bildung und Fixierung einer Falte durch Naht vorgenommen, meist einer einfachen vertikalen Falte. M. fügte dieser in einem Falle noch eine horizontale hinzu; Picqué verstärkte die Kapselnaht durch Vernähung des Musc. subscapularis mit dem Musc. coracobrachialis, Lardennois dadurch, daß er die Sehne des Subscapularis an den oberen Teil der Kapsel heranzog. Die Erfolge waren gute.

Reichel (Chemnitz).

44) A. Tsutsumi. Zur Kenntnis der Luxation des Nervus ulnaris und deren operativer Behandlung.

Inaug.-Diss., Rostock, 1905.

Verf. fügt den 54 Fällen von Luxatio nerv. ulnar., die Drouard und Haim zusammengestellt haben, noch 10 weitere aus der Literatur hinzu und teilt dann einen in der Rostocker Klinik beobachteten und mit Erfolg operierten Fall mit. Die Luxation ist eine angeborene oder erworbene (traumatische) Anomalie. Als prädisponierendes Moment führt T. den Cubitus valgus an.

Nach Besprechung der üblichen Operationsmethoden schildert T. die von Müller in dem mitgeteilten Falle angewandte. M. bildete einen Periostknochenlappen vom Epicondylus internus und schlug diesen nach außen um; dort wurde er mit der Tricepssehne vereinigt und durch diese gedeckt. So wurde eine Rinne geschaffen, in der der Nerv gut gelagert blieb. **Grosse** (Kassel).

45) Keen. Rupture of the tendon of the biceps flexor cubiti.

(Annals of surgery 1905. Nr. 5.)

Bei einer athletischen Muskelübung riß die lange Sehne des M. biceps dicht unterhalb des Sulcus intertubercularis innerhalb der Sehnenscheide, ohne daß eine völlige Durchtrennung, wohl aber eine Verlängerung und starke Schlängelung der Sehne des Caput long. stattfand. An der Stelle des Einrisses war die Sehne aufgelockert, fusiform verdickt und verfärbt. K. durchschnitt die Sehne dicht unterhalb dieser Stelle und nähte die Sehnenenden nach seitlicher Aneinanderlagerung zusammen. Hierdurch wurde eine erhebliche Verkürzung der verlängerten Sehne erreicht, das Endresultat war ein gutes, so daß Pat. nach einigen Monaten seine athletischen Muskelübungen wieder aufnehmen konnte.

In der Literatur fand Verf. nur vier Fälle, bei denen die Naht des zerrissenen M. biceps resp. seiner Sehne ausgeführt wurde; er empfiehlt dieses Verfahren aufs angelegentlichste. **Herhold** (Altona).

46) Hodgkinson. A case of spontaneous subluxation of the wrist.

(Brit. med. journ. 1905. April 8.)

H. berichtet über einen Fall von »Madelung'scher Subluxation der Hand« bei einem 17jährigen Hausmädchen. Bei langdauernder harter Hausarbeit wurde das Handgelenk allmählich schmerzhaft und deform im Sinne einer volaren Subluxation. Eine Operation ergab normalen Knochen an Ulna und Radius. Beseitigung der Schmerzen bei Massage und Schienung im Laufe von 6 Monaten.

W. Weber (Dresden).

47) E. Aulhorn. Über Luxation im Carpometacarpalgelenke des Daumens und über Luxationsfraktur des Daumenmetacarpus (Bennet'sche Fraktur).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 227.)

A. berichtet unter Beigabe von Röntgenbildern kurz über mehrere Beobachtungen aus der Leipziger Poliklinik. Fall 1 betrifft eine Verrenkung des Daumenmetacarpus nach aufwärts, entstanden durch Stoß des Daumens gegen eine Leitersprosse. Obwohl der Metacarpus normal lang, ist doch der Daumen um fast 1 cm verkürzt. Die Tabatière ist verstrichen und in ihr die Basis des Metacarpus fühlbar. Der Daumen ist in Adduktion federnd fixiert, Abduktion und Opposition unmöglich, der Finger steht in Streckstellung. Die Diagnose wurde durch mehrfache Operation, zu welcher wegen mißglückter unblutiger Reposition geschritten wurde, bestätigt. Und zwar handelte es sich um eine vollständige Verrenkung, bei welcher die zerrissene Kapsel zwischen Os multangulum maj. und Metacarpus eingestülpt war. Reposition war nicht schwer, aber von Rezidiv gefolgt, weshalb bei einer weiteren Operation die Kapsel genäht wurde, aber ebenfalls ohne Erfolg. In ganz ähnliche Mißstellung wie bei der Verrenkung gerät der Daumenmetacarpus bei dem von

Bennett beschriebenen Bruch dieses Knochens, bei welchem der palmarwärts gelegene Anteil der Basis mit etwa der Hälfte der Gelenkfläche vom übrigen Metacarpus abgetrennt wird. Es tritt dann eine Subluxation des Metacarpus ein, indem dieser auch nach aufwärts und dorsalwärts rückt. Fingerstellung und Funktionsstörung sind ähnlich wie bei der vollen Verrenkung, doch ist die Differentialdiagnose außer durch Röntgen durch den Nachweis von Krepitation beim Bruch sicher stellbar. Von dieser Verletzung wurden drei Beobachtungen mitgeteilt. (Literaturverzeichnis von 11 Nummern zum Schluß der Arbeit.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

48) **Mailland.** Tuberculose inflammatoire, rétraction de l'aponevrose palmaire (maladie de Dupuytren) d'origine tuberculeuse.

(Méd. moderne 1905. Nr. 26.)

Vier weitere Fälle von Dupuytren'scher Fingerkontraktur, bei welchen zugleich andere Organe tuberkulös erkrankt waren, und zwar neben der Lunge vor allem die Wirbelsäule und einmal das Urogenitalsystem, sollen die Lehre Poncet's und seiner Schüler stützen, daß die Dupuytren'sche Fingerkontraktur eine tuberkulöse Erkrankung ist. In einem Falle konnte die mikroskopische Untersuchung vorgenommen werden. Wie schon Jansen beschrieben, fand sich lediglich eine fleckweise Hyperplasie des Bindegewebes, die von den Wandungen der kleinsten Gefäße ausging und zu starken Schrumpfungen führte, indes keinerlei Veränderungen, die für Tuberkulose sprachen. Trotz dieses negativen Resultates glaubt Verf. aus dem klinischen Zusammentreffen tuberkulöser Erkrankungen anderer Organe mit den Fingerkontrakturen den Schluß ziehen zu können, daß auch die Dupuytren'sche Fingerkontraktur auf tuberkulöser Basis beruht.

Coste (Straßburg i. E.).

49) **Fleischhauer.** Über Knochencysten des Skeletts.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 19.)

Es handelt sich um eine zweikammerige, hühnereigroße Cyste der rechten Beckenschaufel, welche dicht unter der Crista ilei nach innen gelegen war bei einem 20jährigen phthisischen Mädchen. Der Inhalt war klar. Die mikroskopische Untersuchung eines Stückes der Wand ergab die Entstehung aus einer Faser-Knorpelgeschwulst. **Borchard** (Posen).

50) **Blecher.** Über Infraktionen und Frakturen des Schenkelhalses bei Jugendlichen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 302.)

B. bringt aus der Militärpraxis vier Fälle von Fraktur bezw. Infraktion des Schenkelhalses bei 20—22jährigen Soldaten bei, von denen er zwei selbst beobachtete, während die beiden anderen in den Lazaretten zu Oppeln beziehentlich Mörchingen behandelt sind. Nur in einem Falle entstand die Verletzung durch stärkeres Trauma, Fall vom Querbaum auf die rechte Hüfte, und war hier auch, da voller Bruch vorlag, Krepitation mit Außenrotation des Beines deutlich genug. In den drei anderen Fällen war dagegen das Trauma so gering, daß man fast von Spontanfrakturen sprechen könnte. (Fehltritt beim Exerzieren bezw. Ausrutschen mit einem Fuß, mäßig starker Hufschlag gegen die Hüfte, Verrutschung auf einem Sattel, Gegenstoßen mit dem Fuße an einen Stein beim Marschieren.) Dem entspricht der klinische Verlauf solcher Fälle. Denn zunächst können Verkürzungen oder gar Krepitation fehlen, und es scheint nur Kontusion oder Muskelzerrung vorzuliegen. Erst im weiteren Verlauf und oft erst nach Hinzutritt eines wiederholten, wenn auch ebenfalls nur leichten Traumas treten die eine schwere Verletzung beweisenden Krankheitszeichen ein. Auch hier ist deshalb eine frühzeitige Röntgenuntersuchung zur Klärung der Sachlage wünschenswert. Differentialdiagnostisch kommt, wie Hoffa hervorgehoben hat, Koxitis in Betracht. Letztere pflegt aber stärkere Muskelatrophien zu bewirken und meist reflektorische Muskel-

krämpfe bei Bewegungen zu zeigen, die bei den Schenkelhalsbrüchen fehlen. Von Kontusionen oder Muskelzerrungen werden die versteckten Brüche durch die von ihnen veranlaßte ungleich länger andauernde Funktionsstörung unterscheidbar. Die Behandlung dieser Verletzungen bietet nichts besonderes, nur muß sie tunlichst frühzeitig richtig einsetzen, um diffuse Heilungen mit Verkürzung oder Bildung von Coxa vara zu vermeiden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

51) **L. Ely.** A case of pneumococcus infection of the hip.

(Med. news 1905. Mai 20.)

Soweit Verf. orientiert ist, berichtet er über den zweiten beschriebenen Fall von Pneumokokkenkoxitis. Der 4jährige Knabe zeigte die Symptome einer eitrigen Hüftgelenksentzündung, nachdem er 2 Wochen vorher eine Pneumonie durchgemacht hatte. Der bei der Inzision entleerte Eiter enthielt den Fränkel-Weichselbaum'schen Pneumokokkus. Das Kind erlag den Folgen eines Thoraxempyems. **Hofmann** (Heidelberg).

52) **G. H. Makins.** Three cases of separation of the descending process of the upper tibial epiphysis in adolescents.

(Lancet 1905. Juli 22.)

Verf. beschreibt an der Hand von Röntgenbildern drei Fälle von Abriß des schnabelförmigen Tibiafortsatzes bei jugendlichen Individuen. Seine Pat. waren 14, 12 und 22 Jahre alt. Ätiologisch kamen in Betracht beim ersten und letzten Falle Stöße gegen das Knie, und zwar im ersten beim Fußballspielen; beim zweiten Falle fand sich keine bestimmte Ursache, nur fielen die ersten Beschwerden in die Zeit des Fußballspiels. Verf. ist geneigt, in allen Fällen dieser Art die Ursache in energischen Quadricepskontraktionen zu suchen; in Fall 1 und 3, nimmt er an, sind solche durch das Trauma ausgelöst worden. Nach kürzerer oder längerer Zeit des Bestehens der Affektion ist die Loslösung des schnabelförmigen Fortsatzes weniger oder mehr, in einem der Fälle Verf.s, bei dem die Krankheit 4 Jahre bestand, war der Fortsatz völlig zu einer Art Sesambein in der Quadricepssehne geworden.

Unter den klinischen Symptomen sind die Unsicherheit (giving way) auf dem Beine bei Kniestreckungen, lokale Empfindlichkeit bei Tastung des Knies, lokales Ödem und hier und da Rötung zu nennen. Im akuten Stadium besteht oft ein derartig entzündetes Aussehen, daß Verf. z. B. in Fall 1 auf Grund seiner Annahme einer Epiphysentuberkulose einen operativen Eingriff vornahm.

Die Behandlung besteht im Frühstadium in Ruhe und örtlicher Fixation, eventuell kann man nach Verf. Ableitung auf die Haut durch z. B. Fliegenpflaster versuchen. Fall 2 Verf.s kam so zur Abheilung. In Fall 3 wurde das knorpelig-knochige Stück exstirpiert und die Sehne an der Tibia befestigt. Die Resultate waren alle, auch in Fall 1, wo wie erwähnt, auf Grund der falschen Diagnose operiert wurde, befriedigend. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

53) **M. Matsuoka.** Ein Beitrag zur Lehre vom osteoplastischen Karzinom.

(Deutsche Zeitschift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 389.)

Beobachtungen aus der chirurgischen Klinik zu Tokio. 45jährige Frau mit kindskopfgroßer bösartiger Geschwulst des unteren Endes der linken Tibia, weshalb Amputation. Die Geschwulst war mit Wahrscheinlichkeit als eine Metastase anzusehen, doch wurde die Geschwulst nicht nachgewiesen. Präparatbefund: Zentraler Teil der Geschwulst stark sklerosiert, während der periphere aus unregelmäßig geformten, lockeren Knochenspiculis besteht. Mikroskop: inselförmig zerstreute Parenchymkörper von solidem alveolärem Bau mit reichlichem osteoplastischem Stroma. Die Alveolen enthalten Krebszellen sehr mannigfacher Form, das osteoblastische Stroma stammt wahrscheinlich vom periostalen Bindegewebe

Bezüglich der Details wird auf das Original verwiesen, das die einschlägige Literatur berücksichtigt. Eine Tafel mit sieben teilweise kolorierten Figuren verdeutlicht die histologische Beschreibung bestens.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

54) **Simon.** Ein Fall von Embolie der Arteria tibialis antica sinistra.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 19.)

Ob es sich in dem berichteten Falle, der einen 36jährigen Mann aus Russisch-Polen betrifft, im übrigen aber völlig den bekannten Mitteilungen über beginnende angiosklerotische Gangrän und intermittierendes Hinken gleicht, in der Tat, wie Verf. annimmt, um eine Embolie des Tib. ant. gehandelt hat, muß doch sehr dahingestellt bleiben. Trotz des Bestehens eines Herzfehlers, trotz des scheinbaren Fehlens von Gefäßveränderungen wird man wohl nicht fehl gehen, den berichteten Fall als eine sog. Arteriitis obliterans zu deuten.

Borchard (Posen).

55) **E. Kirmisson.** Angiome calcifié du triceps crural gauche; importance de la radiographie pour le diagnostic.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 19.)

Die kleine, etwa mandelgroße, in der Muskulatur des Quadriceps femoris gelegene, sich derb anfühlende Geschwulst entwickelte sich innerhalb eines Jahres unter sehr lebhaften Schmerzen; die leiseste Berührung war empfindlich. K. vermutete zunächst einen Fremdkörper; doch ließ eine Röntgenographie einen solchen nicht entdecken. Erst eine zweite, nach Monaten wiederholte Röntgenographie zeigte einige kleine, unregelmäßig geformte Schatten vor der Vorderfläche des Oberschenkelknochens. Als Angiom wurde die Geschwulst erst durch die Exstirpation erkannt; die Schatten im Röntgenbild rührten von Verkalkungen her.

Reichel (Chemnitz).

56) **Schneiderlin** (Beelitz). Radikaloperation bei Ulcus cruris.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 18.)

S. hat in einigen Fällen die von Wenzel (Buenos Aires) empfohlene zirkuläre Umschneidung der Haut des Oberschenkels (»Peritomie«) im unteren Drittel mit nachfolgender doppelter Unterbindung sämtlicher Hautgefäße und exakter Naht der Wunde ausgeführt und damit sehr gute Resultate — in einem Falle Heilung eines seit 8 Jahren bestehenden großen Geschwüres in kaum 4 Wochen — erzielt. Solche traten auch bei Anwendung der Peritomie bei bloßen Varicen ein; doch ist daneben noch die Resektion derselben in Ausdehnung von ca. 10 cm notwendig.

Kramer (Glogau).

57) **R. Stich.** Zur Anatomie der Fußgelenkstuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Resektion.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 587.)

Der Arbeit liegen 88 Fälle von Fußgelenkstuberkulose zugrunde, die innerhalb von 8 Jahren in der Garrè'schen Klinik behandelt wurden. 69,3% erkrankten vor dem 11., 81,3% vor dem 15. Jahre. Die Fußtuberkulose bevorzugt also die Jahre des Wachstums der Knochen. Hereditäre Belastung spielt eine geringe Rolle. Bedeutungsvoller ist das Vorhandensein anderweitiger tuberkulöser Herde im Körper. Bei $^1/_3$ der Fälle war ein Trauma, meist eine Distorsion vorausgegangen.

Die Beteiligung eines Knochens an mehreren Tarsalgelenken und die Verbindungen der Gelenke bedingen es, daß häufig multiple Gelenkerkrankungen auftreten. Am häufigsten (88%) war das obere Sprunggelenk erkrankt, und zwar in 45% allein. Es folgt das hintere Sprung-Fersenbeingelenk mit 36% und das Sprung-Kahnbeingelenk mit 29%. Die ossalen Formen überragen mit etwa 70—75% die synovialen. Die Knochenherde saßen am häufigsten im Talus und Calcaneus, besonders häufig in der Talusrolle. 6mal wurden isolierte Knochenherde ohne

Gelenkerkrankung gefunden. Die Knochen waren in der Regel erweicht, selten hart. Die Knorpel waren nur ganz ausnahmsweise intakt. Fast immer war die vordere Kapselwand des oberen Sprunggelenkes erkrankt. Ein eitriger Erguß im Gelenk fand sich in mehr als der Hälfte, periartikuläre Abszesse in $^1/_4$, Fisteln bei mehr als der Hälfte der Fälle. Sehnenscheiden waren etwa beim 5. Teile der Fälle mit erkrankt.

Die Behandlung war 15mal eine konservative mit 8 vorzüglichen, 4 guten, 2 mittelmäßigen und 1 ungenügendem Ergebnis. 49 anfangs konservativ behandelte Fälle wurden später operiert. Im ganzen wurden 73 Fälle operativ behandelt, und zwar wurde 14mal ein Evidement ausgeführt mit 6 vorzüglichen, 2 guten, 1 ungenügenden Resultat und 4 Todesfällen. Unter 50 Resektionen war das Resultat 11mal vorzüglich, 16mal gut, 7mal mittelmäßig, 3mal ungenügend, 6 starben. 11mal wurden Amputationen und Exartikulationen vorgenommen, davon 9 primär und 2 sekundär. Es starben 3, ein Fall bekam eine Koxitis, die übrigen wurden geheilt.

M. v. Brunn (Tübingen).

58) **J. Richter.** Ein Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Luxation des Fußes im Talo-Cruralgelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 246.)

R. bringt einen eigenen Fall aus der Marburger Klinik bei, eine unvollkommene Verrenkung des Fußes nach hinten mit Bruch der Fibula. 18jährige Landarbeiterin, vor 2 Stunden von einem mit einem Fuder Klee beladenen Wagen mit der Vorderseite des Körpers langgestreckt zu Boden gefallen, wobei der Fuß nach außen gedreht war. Es ist anzunehmen, daß der Fuß mit seinem Rücken den Fußboden zuerst erreichte und hierdurch übermäßig plantarflektiert wurde. Befund: Vorderteil des Fußes verkürzt, Fersenteil verlängert, leichte Plantarflexion, mäßige Valgusstellung, in der Gegend des Talocruralgelenkes das Unterschenkelgelenkende als bogenförmiger Vorsprung fühlbar. Röntgen (cf. das Bild) gibt weitere völlige Klarheit. In Narkose leichte Reposition durch Zug am Fuße in der Beinlängsachse und gleichzeitigen Druck auf das untere Tibiaende nach hinten. Im Gipsverband gute Heilung.

Der Zusammenstellung ähnlicher Luxationen von Wendel, welcher 26 Fälle beibrachte, fügt R. eine Sammlung von 7 neuen Beobachtungen seit dem Jahre 1896 hinzu, von denen die fünf jüngsten mit Röntgenaufnahmen versehen sind. Es ist bemerkenswert, daß bei letzteren stets gleichzeitige Frakturen gesehen sind, daß aber, um Fibulafrakturen nicht zu übersehen, das Fußgelenk mindestens von zwei Seiten zu durchleuchten ist. Überhaupt besitzt das Röntgenverfahren auch hier, zumal wo nur Subluxationen vorliegen, für die Diagnose den höchsten Wert. Im übrigen erörtert R. die allgemeinen Verhältnisse dieser Verrenkung, ihren Entstehungsmechanismus, ihre Symptome, verschiedenen Formen und die Therapie, worüber auf das Original zu verweisen ist. Ein Literaturverzeichnis von 20 Nummern ist der Arbeit angefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

59) **A. v. Bonsdorff.** Ein Fall von dorso-lateraler Luxation im Lisfranc'schen Gelenke.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLVI. p. 49.)

Einleitungsweise gibt Verf. eine Übersicht über die bisher publizierten — 65 — Fälle, sodann die ausführliche Krankengeschichte, zuletzt epikritische Bemerkungen über den Mechanismus dieser seltenen Verrenkung.

Es handelte sich um einen 25jährigen Arbeiter, der einen Stapel Bretter auf sich fallen sah, im Augenblicke, wo er im Begriffe war, etwas vom Boden zu heben. Er stand dabei in vorwärtsgeneigter Stellung, das linke Knie gebeugt und den vorderen Teil des linken Fußes gegen einen Stock gestützt, während der hintere Teil sich frei über den Stock streckte. Der rechte Fuß ruhte am Fußboden hinter dem linken. Beim Unfalle soll der linke Fuß zuerst aufwärts gebogen

worden sein, dann, da Pat. wegen der Schwere der Bretter sich nach rechts drehte, auswärts. Als Pat. den Fuß entkleidet hatte, fand er den ganzen äußeren Teil des linken Fußes außenrotiert. Mit einem gewaltigen Rucke versuchte er selbst, ihn geradezurichten, was soweit gelang, nur daß eine Auftreibung am Fußrücken stehen blieb, die bei der sofortigen Röntgenaufnahme im Krankenhaus aus dem aufwärts verschobenen proximalen Ende des 4. Metatarsalknochens zu bestehen schien. Reposition in Äthernarkose durch starke Plantarflexion, Zug in der Längsachse des Fußes und gleichzeitigen Druck auf den Knochen. Die einige Tage später aufgenommene Röntgenphotographie zeigte, daß der Metatarsus II dicht am basalen Ende gebrochen war, und daß die vier übrigen Metatarsalknochen etwas lateralwärts verschoben standen. **Hansson** (Cimbrishamn).

60) **G. Ekehorn.** Ein Fall von isolierter Luxation des Calcaneus.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 15.)

Der sehr seltene Fall betrifft ein 14jähriges Mädchen, daß sich in einem Pferdegöpel einer Dreschmaschine beschädigt hatte. Der hintere Teil der Fußsohle war von der Fascia plantaris losgerissen. Die Wunde lief hinten rings um die Ferse 1 cm oberhalb der Grenze der Sohle. Der Calcaneus war vollständig losgerissen, mit dem vorderen Ende lag der Knochen auf der Dorsalfläche des Cuboideum, die Längsachse lief nach hinten, innen und plantarwärts; der Knochen war im ganzen etwas nach vorn verschoben; außerdem hatte er eine Drehung um seine Längsachse mit der oberen Fläche nach außen erfahren. Die Peroneussehnen und die entsprechenden Gefäße und Nerven waren unverletzt.

Wahrscheinlich war der vordere Teil des Fußes fixiert gewesen, und hatte die Gewalt den hinteren äußeren Teil der Ferse gepackt.

Hansson (Cimbrishamn).

61) **Momburg.** Ein scheinbarer Bruch des Os naviculare tarsi.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Bei einem Unfallverletzten wurde ein Röntgenbild des betreffenden Fußes aufgenommen; dasselbe ergab einen Befund, welcher als Bruch des Os naviculare tarsi gedeutet werden konnte. Indessen ergab die Aufnahme des anderen Fußes wie die Anamnese, daß es sich nicht um eine Fraktur handeln konnte. Vielleicht war ein Knochengebilde vorhanden (Praehallux Bardeleben's), dessen Anlage bei den meisten Menschen nicht mehr vorhanden ist. Die Verwachsung desselben mit dem Kahnbein konnte dann durch die eigenartige Schattenbildung den Bruch vortäuschen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

62) **L. Cosby** (Lincoln, Ill.). An interesting case of gun-shot wounds of the intestines; operation; recovery.

(Amer. journ. of surgery 1905. May.)

Schußwunde des Bauches quer von links oben nach rechts unten, hier Ausschuß dicht oberhalb des Poupart'schen Bandes, Wiedereintritt vorn in den rechten Oberschenkel, $1^1/_2$ Zoll unter dem Lig. Pouparti, so daß das Geschoß dicht oberhalb der Poplitealfalte unter der Haut stecken blieb. Laparotomie 11 Stunden nach der Verletzung; Bauch mit Blut gefüllt; Unterbindung mehrerer Mesenterialgefäße. Darm zehnmal verletzt. Zweimal Resektion und End-zu-End-Vereinigung, achtmal Naht nach Czerny-Lembert. Kochsalzspülung. Glasdrain im unteren Winkel der Inzisionswunde. Heilung. **Goebel** (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 38. Sonnabend, den 23. September. 1905.

1) **J. Demoor.** Cours de physiologie générale.
Brüssel, **Lamertin**, 1905.

Das Buch gibt eine Zusammenstellung des augenblicklichen Standes der physiologischen Chemie, soweit sie den engeren Kliniker berührt,

der klinischen Chemie (Blut usw.) und der biologischen Fragestellungen, wie sie in Deutschland vor allem von Verworn (Göttingen) so fruchtbar angeregt wurden. Die Kürze des Buches läßt nur eine Zusammenstellung in Form eines Kompendiums zu, so daß man zu sehr an die Vorbereitungsbücher zum Examen erinnert wird. Bei der Fülle des Materiales und der Kürze des Buches mußte eine kritische Sichtung und persönliche Stellungnahme des Verf. unterbleiben. Dadurch leidet das Buch.

Helle (Wiesbaden).

---

2) **L. Cheatle.** The points of incidence compared in cancer, leucoderma and scleroderma.

(Brit. med. journ. 1905. April 29.)

Verf. erläutert mit Hilfe zahlreicher Abbildungen seine Theorie, daß Leukoderma, Skleroderma und Ulcus rodens an Gesicht und Rumpf an den Stellen auftreten, wo die Nerven die Haut erreichen. Diese Stellen entsprechen den Head'schen Nervenpunkten. Die neuropathische Ätiologie, die für Leukoderma und Skleroderma schon vielfach anerkannt sei, müsse auch auf das Ulcus rodens übertragen werden. Wenn diese Annahme richtig ist, so kann das Ergebnis im Streite der Meinungen über die Entstehung des Karzinoms mehr für die embryonale als für die parasitäre Theorie verwertet werden. Nach der Lehre von Head beweist ein mehrfaches Befallensein seiner Nervenpunkte im Gebiet eines und desselben Nerven, z. B. beim Herpes zoster, eine zentral bedingte Ursache der Erkrankung, ein einfaches Befallensein eine peripher bedingte. Danach müßte für das Ulcus rodens der neuropatische Faktor peripher bedingt sein.

W. Weber (Dresden).

---

3) **C. Lenormant.** Chirurgie de la tête et du cou. 240 S. 197 Fig.

4) **A. Schwartz.** Chirurgie du thorax et du membre supérieur. 153 S. 197 Fig.

5) **N. G. Labey.** Chirurgie du membre inférieur. 244 S. 247 Fig.

6) **M. Guibé.** Chirurgie de l'abdomen. 216 S. 179 Fig.

7) **P. Duval.** Chirurgie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme. 206 S. 216 Fig.

8) **R. Proust.** Chirurgie de l'appareil génital de la femme. 244 S. 210 Fig.

9) **V. Veau.** Pratique courante et chirurgie d'urgence. 211 S. und 307 Fig.

Paris, **Masson et Co.**, 1904. Jeder Bd. 4 fr. 50.

Vorstehende sieben Bücher sind gemeinsam erschienen unter dem Titel: Précis de technique opératoire par les prosecteurs de la

Faculté de Paris und unter einer empfehlenden Einleitung von Prof. P. Berger. Sich eng anschließend an Farabeuf's Précis de manuel opératoire, in dem die Unterbindungen, Amputationen und Resektionen so abgehandelt sind, wie sie im wesentlichen an der Pariser Fakultät ausgeübt werden, publizieren hier die Autoren die Regeln, nach welchen die übrigen am menschlichen Körper vorzunehmenden Operationen technisch ausgeführt werden sollen. Nur hiervon ist die Rede, auf Indikationen, auf Nachbehandlung, auf die Besprechung der Ergebnisse am Lebenden ist verzichtet, auch werden nur selten — z. B. bei den Nervenresektionen im Gesicht — für dieselbe Operation verschiedene Techniken angegeben. Vielmehr beschränken sich die Verff. darauf, für jede einzelne Operation das Verfahren zu beschreiben, das sich in Praxis bewährt hat und vor anderen dort in Anwendung gezogen wird. Das aber wird nun auch, unter steter Berücksichtigung der anatomischen Grundbedingungen, genau und klar beschrieben und durch eine reiche Zahl guter, scharfer Holzschnitte illustriert. Da die Verff. an der Fakultät die hier von ihnen bearbeiteten Abschnitte der Operationslehre vortragen und die praktischen Operationsübungen leiten, so geben ihre Bücher ein genaues Bild der Operationslehre der Pariser Schule und lassen ersehen, daß die Techniken in Frankreich von denen in Deutschland — und auch den anderen Ländern der Erde — nur wenig abweichen, daß in vielen Dingen volle prinzipielle Übereinstimmung herrscht, wenn auch natürlich jeder Operateur seine besonderen kleineren Eigenartigkeiten hat, die in seiner Individualität und in speziellen Erfahrungen ihren Grund haben. Jedenfalls können wir diese Sammlung auf das beste ausgestatteter Vorschriften für die Operationen an der Leiche und am Lebenden einem jeden ohne Rückhalt zur Benutzung empfehlen.

Richter (Breslau).

---

10) **G. Nyström.** Einige Worte über lokale und regionäre Anästhesie mit Kokain und Kokain-Adrenalin.

(Allmänna svenska Läkartidningen, Jahrg. 1. Nr. 33—35.)

Die Arbeit stammt aus der Klinik Lennander's zu Upsala und enthält Beispiele von den Erfahrungen, die mit den genannten Mitteln da gemacht worden sind. Zuerst liefert Verf. kurze geschichtliche Notizen über die lokale und regionäre Anästhesie in der Chirurgie (Schleich's Infiltrationsanästhesie, Corning's und Oberst's Verwertung der Entdeckung Krogius' (cf. dies. Zentralblatt 1894 Nr. 11, Ref.), Cushing's Anästhesie der Bruchpforten, Lennander's Versuche der Bauch- und Thoraxwandanästhesie (durch Injektion in die Interkostalnervenscheiden dicht am Rückgrat), Bier's medulläre Anästhesie, Hackenbruch's zirkuläre Anästhesie, Braun's Adrenalinzusatz zu Kokainlösungen usw.). Dann beschreibt er einige Experimente, die er vergleichshalber an sich selbst mit Kokain und mit Kokain-Adrenalin gemacht hat. Die in der Klinik angewandte Methodik wird ausführlich

erwähnt. Mehrere Beispiele vom Gebrauche der genannten Mittel werden ausführlich mitgeteilt, z. B. Exstirpation oberflächlich gelegener Geschwülste, Saphenaunterbindungen, Thiersch'sche Transplantationen, Cushing's Methode, die Bruchpforten zu anästhesieren, Rippenresektionen mit Pleurotomien bei Empyemen, Exstirpationen tuberkulöser Tendovaginitiden, Corning's und Obert's (Krogius') Anästhesierung bei Operationen an Fingern und Zehen usw.

Die Ausführungen Verf.s, die auf die Empfehlung der Methode sowohl für Kliniken und Krankenhäuser, als besonders für praktische Ärzte hinzielen, werden in folgenden Regeln zusammengefaßt:

In einer kleinen Flasche mit so weitem Halse, daß die Spritze eingeführt werden kann, werden in 10 ccm Wasser $2^1/_2$ cg Kokain mit 9 cgm Chlornatrium (beim Apotheker vorrätig in kleinen Glastuben) gelöst, wenn man $^1/_4$%ige, 5 cg Kokain mit 9 cg Chlornatrium, wenn man $^1/_2$%ige Lösung wünscht. Die mit überbundenem Stöpsel geschlossene Flasche wird während 3—5 Minuten in siedendes Wasser gestellt. Mit gleichzeitig gekochter Tropfröhre werden 2 Tropfen Adrenalinlösung (Sol. adrenalini hydrochlorici 1 : 1000 Parke, Davis & Co., London) zugesetzt; nach der Abkühlung bis zur Körpertemperatur ist die Mischung zum Gebrauche fertig.

Die Mischung ist an dunklem Ort aufzubewahren, wenn sie nicht sogleich gebraucht wird. Sie ist auch noch nach einigen Wochen völlig verwendbar.

Um Kollaps vorzubeugen, ist es immer ratsam, zu gleicher Zeit ein Stimulans zu verabreichen, z. B. 1 oder 2 Spritzen Kampferöl. Auch soll Pat. während der Operation liegende Stellung einnehmen.

Die so erzeugten Anästhesierungen haben sich bis auf mehrere Stunden ausgedehnt, obschon der Adrenalinzusatz ein ganz minimaler war.

Hansson (Cimbrishamn).

---

11) **H. Braun.** Die Lokalanästhesie, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktische Anwendung.

Mit 127 Abb. IX, 436 S. Lex-. 8. Leipzig, **J. A. Barth,** 1905. *M* 10.—.

In Form eines Lehrbuches gehalten, nicht als trockene Zusammenstellung, wirkt das Werk als anregende Lektüre. Verf. hat über die Materie selbst so ausgezeichnete Arbeiten geliefert, daß er von einer rein objektiven Zusammenstellung absehen und kritisieren konnte. Dadurch wird das Buch anregend. Für den Praktiker ist das Buch erforderlich; er findet die Technik der Lokalanästhesie im weitesten Sinne (inklusive Medullaranästhesie) so klar und vollständig, daß jeder sie danach lernen resp. umlernen kann. Das Buch wird die größte Verbreitung finden. Es schafft Klarheit, gibt präzise Indikationen für die Anwendung der Lokalanästhesie, warnt aber auch vor ihrer Anwendung dort, wo sie nicht ausreichen kann (bei größeren Laparotomien usw.). Die Einteilung ist übersichtlich, daß jeder sich schnell orientieren kann, mit gutem Register und sehr ausführlichem Litera-

turverzeichnis, das keiner entbehren mag, der über die Materie arbeiten will. Sehr wichtig ist die präzise Stellungsnahme zu den verschiedenen neuen Ersatzmitteln des Kokain, zur Medullaranästhesie (Bier) usw. Mancher Praktiker kann sich dadurch böse Enttäuschungen ersparen. Der Preis von 10 Mark ist ein mäßiger.

Helle (Wiesbaden).

---

12) **Sueve.** The treatment of burns and skin grafting.

(Journ. of the amer. med assoc. 1905. July 1.)

S. führt zunächst eine Kasuistik von 8 Fällen schwerster Verbrennung und Verbrühung an. Seine Behandlungsmethode beruht darauf, die ganz offen der Luft ausgesetzten Verbrennungen ersten und zweiten Grades mit Zinkstearat zu bestreuen unter peinlichster Reinhaltung, solange bis sich ein fester Schorf gebildet hat. Die Verbrennungen dritten Grades werden nur der Luft ausgesetzt und häufig abgetupft und mit physiologischer Kochsalzlösung abgewaschen. Sehr wichtig ist, daß das Krankenzimmer sehr warm gehalten wird (Blutwärme!), und daß die gesunden Teile der Haut durch Abreiben mit kaltem Wasser, Spiritus u. dgl., die Glieder durch Bewegen, soweit ohne Schmerzen ausführbar, in gutem Zustande gehalten werden. Alle stärkeren Desinfektionsmittel sind zu vermeiden. Größere Granulationsflächen bedeckt Verf. sobald angängig mit Thiersch'schen Läppchen. Durch das Fehlen des Verbandes wird das Hineinwachsen der Granulationen in den Verbandstoff verhütet, welcher außerdem durch die Sekrete als feuchter Verband wirkt, die Hautatmung verhindert und leichtere Grade der Verbrennung in schwerere umwandelt. Der Schmerz ist bei offener Behandlung viel geringer, nur in den ersten Stunden stärker vorhanden und dann mit Morphium zu bekämpfen. Die Narben nach dieser ausgeführten Behandlungsart sollen viel zarter und verschieblicher sein als bei anderen Behandlungsmethoden. Narben von Verbrennungen unter der Haut liegender Teile werden frühzeitig exzidiert. Die vorgeschlagene Behandlungsweise scheint beachtenswert.

Trapp (Bückeburg).

---

13) **Hendrix.** Radiothérapie des adénites chroniques.

(Annal. de la soc. belge de chir. 1905. Avril.)

H. berichtet über seine Erfahrungen, die er bei der Behandlung tuberkulöser Lymphome mit Röntgenstrahlen gemacht hat. Am besten sollen sich zu dieser Behandlung ältere schmerzlose bewegliche Lymphome von harter Konsistenz eignen. Derartige Lymphome verkleinern sich rasch bei Anwendung der Radiotherapie. Lymphome, welche noch frisch und im Wachsen begriffen sind und die Zeichen der Verkäsung oder entzündliche Infiltration bieten, eignen sich nicht zur Bestrahlung, weil sie rasch abszedieren. Bei der Auswahl der zur Radiotherapie geeigneten Fälle spielt die Erfahrung des einzelnen eine große Rolle.

Neck (Chemnitz).

---

14) **Berg.** Ein Beitrag zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe.
(St. Petersburger med. Wochenschrift 1905. Nr. 13.)

B. hat in 46 Fällen die Engelbreth'sche Methode der Abortivbehandlung der Gonorrhöe ausgeübt mit einigen Modifikationen. Er nahm zu den Waschungen der Harnröhre 500 g einer erwärmten Höllensteinlösung von 1 : 500, bei einer Druckhöhe von 50 cm; es wurden im allgemeinen drei Waschungen vorgenommen, die erste gleich bei der ersten Konsultation, die zweite ca. 10 Stunden später, die dritte folgt dann nach 12—14 Stunden. Nicht geeignet für dieses Verfahren sind Fälle, in denen Entzündung des Orificium urethrae, Empfindlichkeit der Harnröhre bei Druck oder flockiger oder gar trüber Urin bestehen. Gonorrhöen, welche länger als 2 Tage bestehen, passen nicht mehr für diese Behandlung. Am besten sind die Erfolge bei eintägiger Dauer der Gonorrhöe. Komplikationen wurden nie bei dieser Behandlung beobachtet. Die Resultate sind vortrefflich: von 46 Pat. heilten 31 = 67 %; von den letzten 20 Pat., bei denen B. die Kontraindikationen präziser zu stellen gelernt hatte, heilten 15 = 75 %. Schon am übernächsten Tage nach beendeter Behandlung kann man mit Bestimmtheit sagen, ob Pat. geheilt ist oder nicht. Die Gonokokken sind in den geheilten Fällen völlig verschwunden; daß sie in späterer Zeit wieder zum Vorschein kommen, ist nie beobachtet worden. B. empfiehlt daher warm das Verfahren, welches in der Tat von allen Arbortivmethoden die beste zu sein scheint. **Haeckel** (Stettin).

---

15) **C. Grunert.** Einführung in das Studium der Ohrenkrankheiten, e. Grundriß der Otologie in Form v. akadem. Vorträgen f. Studierende u. prakt. Ärzte, unter Mitwirkung von H. Schwartze. XII, 396 S. gr. 8.
Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1905. *M* 10.—; geb. *M* 11.25.

Das Buch ist den ehemaligen und zukünftigen Hörern der Hallenser Klinik gewidmet in Form von Vorlesungen, wie sie gelegentlich der staatlichen Fortbildungskurse für Ärzte gehalten wurden. Die Behandlung des Stoffes ist eine durchaus subjektive und daher nicht allen Fachleuten gleich wert, doch ist das literarische Material auch nach dem neuesten Standpunkte der Wissenschaft unter kritischer Auslese berücksichtigt. Die den Autoren eigene Klarheit des Vortrages und die vortreffliche Bearbeitung des Stoffes sichern dem Buche die weiteste Verbreitung. »Die Gruppen der Krankheitserscheinungen sind nach rein praktischen klinischen Erfahrungen zusammengestellt«, und wird daher ein jeder Arzt ein solches Buch mit Freuden zur Hand nehmen, das ihm leicht zur Orientierung im einzelnen Falle verhilft. Somit würde es den von den Autoren gewünschten Zweck, »ein Nachlesebuch« zu werden, erfüllen.

Die genauere Besprechung der einzelnen Kapitel gehört nicht in den Rahmen eines Referates. Es muß das Buch allen Ärzten aufs wärmste zur Durchsicht empfohlen werden. **Grosse** (Kassel).

---

16) **C. Grunert.** Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Ohrenheilkunde. (Aus der Königl. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. S.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 25.)

Die Lumbalpunktion hat sich für die Ohrenheilkunde als ein unschätzbares Verfahren erwiesen, indem sie es ermöglicht, aus der Beschaffenheit des aus dem Wirbelkanal entnommenen Liquor cerebrospinalis fast regelmäßig ganz sichere diagnostische Schlüsse auf das Vorhandensein oder Nichtbestehen einer jeden operativen Eingriff kontraindizierenden diffusen eitrigen Leptomeningitis zu ziehen. Sie ist in der Hallenser Klinik jetzt bereits in nahezu 200 Fällen ausgeführt worden, immer mit dem Ergebnis, daß bei normaler wasserklarer Beschaffenheit der Punktionsflüssigkeit auch tatsächlich eine diffuse eitrige Meningitis fehlte, so daß an die Operation der otogenen intrakraniellen Komplikation (Hirnabszeß, infektiöse Sinusthrombose usw.) mit größerer Aussicht auf Erfolg herangegangen werden konnte. Fanden sich dagegen in dem Liquor auch nur Spuren einer Trübung, so war damit in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle auch das Bestehen einer diffusen eitrigen Leptomeningitis erwiesen, und der tödliche Ausgang der Krankheit sichergestellt, wenn der getrübte Liquor auch Entzündungserreger enthielt. Todesfälle kamen in der Schwartz'schen Klinik nach der Lumbalpunktion 2mal vor; in dem einen blieb es zweifelhaft, ob die — seitdem dabei nicht mehr angewandte — Narkose den tödlichen Ausgang verschuldet hatte, während ihn in dem zweiten — der ersten Lumbalpunktion überhaupt — die zu rasche Entleerung des Liquor mittels Aspiration herbeigeführt hatte.

Kramer (Glogau).

---

17) **O. v. Hovorka.** Zur Kritik der heutigen Skoliosenmessung.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 2.)

Nach einer übersichtlichen Schilderung und kritischen Besprechung aller orthopädischen Meßvorrichtungen und Meßmethoden zur Feststellung des Grades der Wirbelsäulenverkrümmung glaubt Verf. der orthopädischen Photographie unter den graphischen Darstellungen, die uns bis zum heutigen Tage zu Gebote stehen, den ersten Platz einräumen zu müssen. Durch die zentrierte Meßgitterphotographie sind wir in den Stand gesetzt, am bequemsten, einfachsten und billigsten Messungen an Skoliotischen auszuführen, wenn wir auch über die Torsion, eines der wichtigsten Merkmale der Skoliose, keinen Aufschluß erhalten.

Auf Grund seiner gewonnenen Beobachtungen empfiehlt Verf. am Schluß der Arbeit obiges Verfahren, indem er wiederholt betont, daß es nicht so sehr auf einen bestimmten Meßbildapparat, nicht auf ein besonders vorteilhaft scheinendes Verfahren ankommt, sondern

daß eine einheitliche, bequeme und billige Methode einzuführen ist, nach der alle Orthopäden einheitlich sich zu richten hätten.

Hartmann (Kassel).

---

18) **G. Sutcliffe.** The surgical anatomy and operative treatment of tuberculous glands of the neck.

(Brit. med. journ. 1905. May 13.)

Verf. bespricht auf Grund von 250 von ihm operierten Fällen ausführlich die chirurgische Anatomie der Halslymphdrüsen, insbesondere in ihren Beziehungen zum Nerv. accessorius, N. vagus, den großen Venen, zum Ductus thoracicus, zur Pleurakuppel, zum Nervus facialis. Er erwähnt die Schwierigkeit, den Ramus marginalis und facialis bei Entfernung submaxillarer Drüsen zu schonen, und berichtet über zwei Fälle von vorübergehender Facialislähmung bei der Operation hoch oben unter dem Kopfnicker gelegener Drüsen. Eine Verletzung des Ductus thoracicus hat er nicht erlebt. Die Operationsmethode muß drei Bedingungen erfüllen: sie muß eine möglichst vollständige Ausräumung erlauben; sie muß die wichtigen Nerven und Gefäße schonen, besonders den N. accessorius; sie muß möglichst unsichtbare Narben hinterlassen. Ganz besonders wendet S. sich gegen die noch viel zu sehr gebräuchlichen, entstellenden, zu keloider Entartung neigenden Schnitte am vorderen Kopfnickerrand und empfiehlt statt dessen seinen für die große Mehrheit aller Fälle ausreichenden »schrägen Querschnitt«: vom Proc. mastoideus im Bogen annähernd parallel den Unterkieferästen nach vorn und abwärts ziehend.

Seine Indikationen zur Operation sind: Eiterung, Fisteln; an Größe trotz Allgemeinbehandlung zunehmende Schmerzen und Entstellung verursachende Lymphome; soziale Gründe. Dagegegen tritt nach S. die seiner Meinung nach viel zu stark betonte Gefahr einer Infektion der Lungen von den Drüsen aus als Operationsindikation ganz in den Hintergrund. Er hat bisher noch nie nötig gehabt, den M. sterno-cleido-mastoideus zu durchtrennen. **W. Weber** (Dresden).

---

19) **Riedel.** Zur Technik der Kropfoperation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 22.)

Operation unter Lokalanästhesie (500,0 einer frisch gekochten Eukainlösung 1:1000 unter die Haut der vorderen Halsgegend und 200,0 zur weiteren Imprägnation der langen Halsmuskeln). Bei großem doppelseitigen Kropfe wird zuerst ein Bogenschnitt, 1 cm unterhalb des einen Ohres beginnend, fast senkrecht nach unten und dann 2 cm oberhalb des Jugulum quer über den Hals und an der anderen Seite bis wieder zum Ohr hinauflaufend, gemacht. Der Lappen wird von den langen Halsmuskeln in der Mitte, den Kopfnickern beiderseits abpräpariert, der mediale Rand der Scheide der letzteren beiderseits längs gespalten, so daß dieselben beliebig nach außen gezogen werden

können, die langen Halsmuskeln 2 cm oberhalb des Hautschnittes quer durchtrennt und oben zusammen mit dem Hautlappen vom Kopfe abgelößt bis das Zungenbein erreicht ist. Bei der dann folgenden Gefäßunterbindung wird die Art. thyr. infer. beiderseits neben dem Recurrens unterbunden, so daß unter dem Nerven ein Stück der Arterie liegen bleibt. Auf der anderen (linken) Seite werden die unteren zwei Drittel ebenfalls reseziert, das obere Drittel von der Luftröhre gelöst, damit dieser Kropfrest ganz nach links oben verschoben werden kann. Wenn er mit Luftröhre und Kehlkopf in Verbindung bleibt, so springt er als häßliche Geschwulst links vom Kehlkopf vor. Den Hauptwert legt R. auf die Lokalanästhesie, von der er unter seinen 142 letzten Fällen nur 3mal abgegangen ist. **Borchard** (Posen).

---

20) **H. Pringle.** The treatment of empyema.

(Brit. med. journ. 1905. April 15.)

Verf. empfiehlt die Resektion der 9. Rippe in der Scapularlinie als der tiefsten Stelle des Thorax in Rückenlage und die Auswaschung der Pleurahöhle zur Beseitigung aller Fibringerinnsel. Zeigt die Lunge bei der Operation keine Neigung zur Wiederausdehnung, so löst P. überall mit Finger und Metallsonde oder Elevatorium die Verklebungen zwischen den Pleurablättern. Gewöhnlich beobachtet man sofort danach eine bessere Ausdehnung der Lunge bei Hustenstößen. Nur in wenig Fällen war Verf. später zur Thorakoplastik gezwungen. Ist eine solche nötig, so reseziert er nach Estlander vorn von der 2. bis zur 9. Rippe je ein Stück, das an den mittleren Rippen am längsten ist und nach oben und nach unten allmählich an Länge abnimmt. Soweit es von hier aus möglich ist, entfernt er die ganze, freiliegende verdickte Pleura. Dehnt sich auch hiernach die Lunge nicht vollständig aus, so reseziert er auch hinten Stücke der 2. bis 9. Rippe. Bei ganz hartnäckigen Fällen, in denen auch diese Operation nicht zum Ziele führt, nimmt er noch die ganze 2. und 9. Rippe fort und, wenn nötig, die 6. — Gegen die Schede'sche Operation wendet er ein, sie beraube das Schulterblatt seiner Stütze und schaffe eine bedenkliche Neigung zur Skoliose.

W. Weber (Dresden).

---

21) **E. Michels** (London). Die Kastration beim Mammakarzinom.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 24.)

Nach dem Vorgange Beatson's haben in England und Schottland zahlreiche Chirurgen die Oophorektomie beim inoperablen Brustkrebs oder bei dessen Rezidiv ausgeführt und damit teilweise ganz überraschend günstige Erfolge erhalten. Eine wesentliche Besserung wurde, wie Lett nach den von ihm gesammelten 99 Fällen berechnet, n 36,4%, bei 75 Pat. unter 50 Jahren in 41,3% erzielt, die mehr

oder minder lange Zeit andauerte und im Nachlaß oder Verschwinden von Schmerzen, diffusen oder knötchenförmigen Infiltraten, in Heilung von Ulzerationen und in Verkleinerung oder Verschwinden von Drüsenschwellungen bestand. Wenn auch die Mehrzahl der Pat. schließlich dem Krebsleiden erlegen ist, so finden sich doch unter jenen Fällen einige wenige, die seit der vor 4—8 Jahren vorgenommenen Kastration noch in Wohlbefinden leben. Bemerkenswert ist auch, daß bei drei Frauen ein inoperables Karzinom nach Entfernung der Ovarien kleiner und beweglicher geworden war und schließlich operiert werden konnte. Auch M. war in drei Fällen von der Oophorektomie so befriedigt, daß er dieselbe wenigstens bei noch regelmäßig menstruierten Frauen, im Alter von 40—47 Jahren, sofern noch nicht innere Metastasen bestehen, empfehlen kann. Er hält die Operation für ein vortreffliches Palliativmittel, welches, ohne wesentliche Gefahren zu bringen, die Leiden zu lindern und das Leben zu verlängern, wenn auch nicht Heilung zu schaffen vermag. **Kramer** (Glogau).

---

22) **L. W. Allen.** The etiology and treatment of external biliary fistula, with a report of a case of one due to stricture at the neck of the gall-bladder.

(Amer. journ. of surgery 1905. July.)

Übersicht über die Ursachen einer Gallenblasenfistel, die A. einteilt in

A. nichtoperative

I. durch spontane, eitrige Perforation entstandene, durch 1) einfach katarrhalische Prozesse, 2) Steine in den Gängen.

Diese können spontan ausheilen.

II. Traumatische (Schuß usw.); sie bleiben bestehen, da viel von der Gallenblasenwand verloren gegangen ist, und sind nur durch Operation zu heilen.

B. postoperative durch

I. Fehler in der Technik: 1) Vernähung der Gallenblase mit der Haut, wie es früher üblich war; 2) durch zu tiefe Naht des Fundus, so daß im Choledochus ein Hindernis für den Abfluß der Galle entsteht (durch Faltung etwa? Ref.).

II. Schädigungen in den Gängen:

1) Steine,

2) Stenosen infolge Entzündungen mit und ohne Steine a. im Gallenblasenhals, b. im Cysticus, c. im Choledochus.

3) Kongenitale Sanduhrform der Gallenblase, die wegen Cholelithiasis operiert und dadurch in ihrer einen Hälfte eröffnet ist.

4) Geschwülste, darunter speziell Hypertrophie oder bösartige Geschwülste des Pankreas.

5) Verwachsungen.



Im Anschluß daran teilt A. einen Fall von Nr. B II 2a mit unter Beifügung eines instruktiven Bildes. Im Halse fand sich 7 Monate nach Cholecystostomie durch Steine bedingt eine Striktur, darunter noch ein kleines Stück der Blase, so daß eine Art Sanduhrform herauskam, deren eine Höhlung aber um vieles kleiner als die andere (äußere) war. **Goebel** (Breslau).

---

23) **A. Stieda.** Die akzessorischen Gänge am Penis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Verf. gibt eine ausführlichere Literaturzusammenstellung über die akzessorischen und paraurethralen Gänge am Penis. Ursache zu seiner Studie ward ihm die Beobachtung eines Falles, bei dem es sich um zwei akzessorische Gänge an der unteren Fläche des Penis handelte, die, mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet, den Charakter der Epidermis darboten. Diese Gänge waren einer gonorrhoischen Infektion anheimgefallen, während die Harnröhre gesund geblieben war. Eine derartige Infektion ist bisher von vielen Forschern geleugnet worden, doch hat schon Touton das Vorkommen einer solchen in derartigen Gängen bewiesen. In dem S.'schen Falle hatten beide in der Haut an der Unterfläche des Penis gelegene Gänge auch eine hintere Öffnung. Da es sich auch nach dem mikroskopischen Befund um reine Hautgänge handelt, ist der Name »paraurethral« für sie falsch, und es ist zweckmäßiger, sie Ductus cutanei penis zu benennen. Verf. unterscheidet vier Arten von akzessorischen Gängen: 1) Ductus paraurethrales, welche mit der Harnröhre und deren Mündung in Verbindung stehen; 2) Ductus praeputiales; 3) Ductus dorsales; 4) Ductus cutanei. Die Namen kennzeichnen klar die nähere Beschaffenheit und den Sitz der Gänge. Die Ductus paraurethrales bei Frauen sind länger bekannt; sie hießen früher Morgagni'sche Gänge. Einige Forscher haben aber auch auf ähnliche Gänge bei Männern aufmerksam gemacht. S. sieht sie als normale Gebilde an. Die Ductus praeputiales sind dagegen pathologische Gebilde und dürfen nicht als paraurethral bezeichnet werden. Die Ductus dorsales penis sind wohl meist als epispadische Bildungen anzusehen, sind also Hemmungsmißbildungen. Bezüglich der Ductus cutanei schließt sich S. der Wechselmann'schen Anschauung an, der sie aus Bildungsanomalien der Entwicklung an Genitalhöcker und Genitalrinne erklärt, wie dies im einzelnen näher geschildert ist. Dagegen hält S. die Ductus paraurethrales im Gegensatze zu Wechselmann, wie schon oben erwähnt, für normale Gebilde. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

24) **A. Rothschild.** Über eine besondere Drüsenformation in der Prostata.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXX. p. 522.)

Die Resultate der Arbeit sind folgende. Es gibt in der Prostata bei Leuten mittleren Alters außer der bekannten Form der Drüsen-

substanz mit den reichlich gefalteten, vielförmigen Drüsenlichtungen und mehr oder weniger reichlicher Zwischensubstanz noch eine besondere, nach dem adenomatösen Typ sich darstellende Drüsenformation. Dieselbe besteht aus größeren und kleineren Gruppen von, im Querschnitt gesehen, dicht beisammenliegenden, auffallend kleinen, mehr oder weniger einfach kreisrunden und gefalteten Drüsenlichtungen von im übrigen gleicher epithelialer Zusammensetzung und gleichem Inhalt, wie die gewöhnliche Drüsensubstanz, aber so klein, daß in manchen fast gar keine Lichtung erkennbar ist, und ausgezeichnet durch das Zurücktreten der zuweilen kaum sichbaren Zwischensubstanz. Ob es sich hierbei um eine Neubildung handelt, ob bzw. wieweit diese Bildungen histogenetisch mit der Prostatahypertrophie etwas zu tun haben, oder ob diese Drüsenformation häufiger als die gewöhnliche Drüsenanordnung der Prostata die Neigung hat zu entarten, um die festzustellen, sind nach Meinung des Verf. weitere derartige Untersuchungen notwendig. **Doering** (Göttingen).

25) **Englisch.** Über spontane Zertrümmerung der Harnsteine in der Blase.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

Die Arbeit enthält eine umfangreiche und ausführliche Monographie über die spontane Zertrümmerung der Harnsteine in der Blase. In erschöpfender Weise sind aus der Literatur alle die Versuche zusammengestellt, die man außerhalb des menschlichen Körpers gemacht hat, um diese Steine zur Auflösung zu bringen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß man imstande ist, dieses Ziel auf verschiedene Art durch eine Reihe von Mitteln zu erreichen. Am günstigen scheint die Wirkung des galvanischen Stromes zu sein. Auch innerhalb des menschlichen Organismus wirken verschiedene Mittel auf derartige Steine (Lithotriptika) und rufen solche Veränderungen hervor, welche eine Verkleinerung oder einen Zerfall derselben bewirken. Wenn man aber die Teile, in welche ein Stein unter Anwendung dieser Lithotriptika zerfällt, betrachtet, so gleichen dieselben mehr den Bruchstücken nach der Steinzertrümmerung; und es fehlen ihnen jene Eigenschaften, welche charakteristisch für die spontane Steinzertrümmerung sind. Lösung der Steine und spontane Zertrümmerung sind aber verschiedene Dinge. Die Lösung wurde bei allen Arten von Steinen beobachtet, am häufigsten bei harnsauren, am seltensten bei Oxalaten. Für die spontane Zertrümmerung ist das wichtigste Kennzeichen, daß sich die Bruchstücke wieder zu einem oder mehreren Steinen zusammensetzen lassen. Außerdem gibt Civiale als Charakteristika dafür an, daß die Bruchstücke hart, von derselben Form sind, verschiedene Größe besitzen, und daß der Bruch immer dieselbe Regelmäßigkeit zeigt. Ferner sind die Bruchstücke stets konzentrisch und radiär gestreift; die Streifung geht immer vom Kern aus, zieht gegen die Oberfläche hin und überschreitet nicht die Stelle, wo der lamellöse Bau aufhört. — Neben

einer Zusammenstellung vieler Fälle aus der Literatur beschreibt Verf. auch eine Reihe von einschlägigen Präparaten aus verschiedenen Wiener Museen und klinischen Instituten. Es geht aus dieser Übersicht hervor, daß Spontanfrakturen am häufigsten zwischen 60 und 75 Jahren vorkommen, jedenfalls daß das höhere Alter am meisten dabei beteiligt ist. In einzelnen Fällen waren die Bruchstücke noch durch zwischengelagerte Substanzen oder Auflagerungen zusammengehalten. Zu den Dispositionen, welche die Spontanzertrümmerung begünstigen, gehört neben dem selbständigen Verhalten des Kernes zu den folgenden Schichten vor allem die radiäre Anlage von Spalten, welche häufig beobachtet wurden. Schon die kleinsten Steine sind segmentiert. Diese Anlage ergibt sich aus der künstlichen Steinbildung und aus den Dünnschliffen der kleinsten Konkremente. Sie ergibt, daß der Kern der Harnsteine immer durch eine lockere Schicht aus harnsaurem Ammoniak oder durch eine schleimige Flüssigkeit von den übrigen Schichten getrennt wird und beim Schneiden leicht ausfällt. Von dieser Schicht gehen jene radiären Furchen und Sprünge aus; allerdings können sie auch von einer entfernteren Schicht um den Kern ihren Ausgangpunkt nehmen. Der Kern zerfällt nur in den allerseltensten Fällen neben den anderen Schichten. Die spontane Zertrümmerung erfolgt fast nur in der Harnblase. Eine solche von Konkrementen in Nierenbecken und Harnleitern ist nur selten beschrieben worden. Was die mechanischen Einflüsse betrifft, welche das Ereignis herbei führen könnten, so ist zu bemerken, daß nach den Experimenten E.'s zur Zertrümmerung festgefügter Steine eine so große Gewalt erforderlich ist, wie sie in der Blase nicht auf die Steine wirken kann. Um durch mechanische Gewalt eine Zertrümmerung zu erzielen, gehört daher jene oben beschriebene Veränderung des Steines durch Zerklüftung in Risse und Sprünge dazu. Die chemische Einwirkung läßt sich durch Auflösung der in den Spalten eingelagerten Substanzen ohne Volumsänderung erklären. Am meisten ausgebildet ist die chemisch mechanische Theorie. Sie kommt nach Heller's Ansicht nur bei harnsauren Steinen vor, die ja überhaupt in erster Linie spontan zerfallen, und geht von einer Schicht harnsaurem Ammoniak aus. Auflösung der verbindenden Substanz, Veränderungen des Volumens und Gasentwicklung zertrümmern den Stein.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

26) **A. Carli.** Über die Harnleiterhernie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

C. glaubt, daß Harnleiterhernien häufiger seien als aus der Literatur hervorgeht, da der Harnleiter bedeutende Lageveränderungen zuläßt. Man versteht unter Harnleiterhernie den Vorfall des Harnleiters durch eine Bruchpforte gemeinsam mit Darm oder Netz, aber außerhalb des Bruchsackes. Man hat zu unterscheiden zwischen einfachen derartigen Brüchen und solchen, die mit Blasenbruch kombiniert sind. Letztere stellen eine akzessorische Form der Blasen-

hernien dar. Diese Einteilung in zwei Gruppen gilt sowohl für die crurale wie für die inguinale Varietät. Im ganzen stellt Verf. mit zwei eigenen Fällen elf zusammen. Betreffs des Alters war am meisten die Zeit zwischen 4. und 6. Dezennium betroffen. Die cruralen Hernien fanden sich beim weiblichen, die inguinalen beim männlichen Geschlecht. Für die Pathogenese kommen vornehmlich in Betracht die Länge des Harnleiters, die Richtung, die er im subperitonealen Gewebe erfährt, die geringe Elastizität seiner Wandung u. a. m. Bei den mit Blasenbruch kombinierten Fällen ist es wohl nicht zweifelhaft, daß die Blase den Harnleiter ins Bruchgebiet zieht. Der hernierte Harnleiter bewahrt seine Beziehungen zum Bauchfell. Er liegt deshalb unterhalb des Bruchsackes, mit welchem er verwachsen ist. In fast allen Fällen ist sein Aussehen ein normales, bei einzelnen Pat. war er allerdings verändert, verengt, cystisch erweitert oder verdickt. Die Symptome für eine eventuelle Diagnosestellung sind nur spärlich. Hier und da bestanden einmal Harnbeschwerden oder Leibschmerzen. Gegebenenfalls treten natürlich die Beschwerden des Blasenbruches in den Vordergrund. Die Unterscheidung von einer Hernie des Ligamentum rotundum ist dadurch möglich, daß das letztere viel fester mit dem Bruchsack verwachsen ist als der Harnleiter und sich nur mühsam vom Bruchsack lösen läßt. Die Prognose der Harnleiterhernie ist eine günstige. Die Therapie besteht in der Reposition. Ist der Harnleiter verletzt worden, so kann man eine Uretero-Cystoneostomie oder die Uretero-Ureteralanastomose vornehmen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

27) **P. Wagner.** Die Fortschritte der Nierenchirurgie im letzten Dezennium.

(Berliner Klinik Hft. 204.)

W. gibt in seiner Arbeit eine gute Übersicht über den jetzigen Stand der Nierenchirurgie. Er bespricht nacheinander die chirurgische Behandlung der Nierenverletzungen, der Wanderniere, der Sackniere, der pararenalen Eiteransammlungen, der Steinerkrankung der Niere, der Neubildungen, der Infektionsgeschwülste (Syphilis, Aktinomykose, Tuberkulose), der Cystengeschwülste, des Morbus Brightii. Am Schluß ist auch die Harnleiterchirurgie berücksichtigt. **Neck** (Chemnitz).

28) **Bozzi.** Sui criterii conservatorii negli interventi par rene idronefrotica.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1905. Nr. 79.)

B. hat experimentell festgestellt, daß Hydronephrose sich zuerst wesentlich mit interstitiellem Ödem und später mit interstitieller Wucherung entwickelt. Wenn das Hindernis verschwunden ist, bleibt die hydronephrotische Niere noch funktionstüchtig und ist in der Lage, bei Erkrankung oder Entfernung der anderen Niere deren Funktion

mit zu übernehmen, indem die Malpighi'schen Körperchen hypertrophieren, die gewundenen Kanäle sich erweitern und neue Gefäßschlingen in den Glomeruli sich bilden. Ein operativer Eingriff bei Hydronephrose ist deshalb um so mehr angezeigt, als es nicht bloß gilt, persistierende Gewebsveränderungen, sondern auch die Infektion zu verhüten.

Dreyer (Köln).

29) **E. Glaser.** 100 Fälle funktioneller Nierendiagnostik.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Verf. versucht die Einwände zu widerlegen, welche in jüngster Zeit besonders gegen die Stichhaltigkeit der funktionellen Nierenprüfung gemacht worden sind. Er untersuchte deswegen 100 neue Fälle aus Casper's Material und stellt die erhaltenen Werte in tabellarischer Übersicht zusammen. Er ist auf Grund der erhaltenen Ergebnisse der Ansicht, daß die funktionelle Nierendiagnostik ein unschätzbares Hilfsmittel zur Beurteilung von Nierenkrankheiten ist; allerdings dürfe man nicht einseitig den Gefrierpunkt oder Harnstoff- und Zuckergehalt allein beachten, sondern man müsse stets die ganze Reihe dieser Faktoren vergleichen und auch das gesamte übrige klinische Krankheitsbild mit in Betracht ziehen, um Irrtümer zu vermeiden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

30) **F. Gardner.** Fistules rénales consécutives à la néphropexie.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 8.)

Abgesehen von vereinzelten Beobachtungen, wo bei der Nephropexie durch nicht resorbierbare infizierte Seidenfäden eine kleine eiternde Fistel entstand, die durch geeignete Maßnahmen rasch heilte, finden sich in der Literatur keine Fälle von wirklichen Nierenfisteln nach der Nephropexie. Verf. teilt nun ausführlich drei Beobachtungen mit, in denen sich im direkten Anschluß an eine sachgemäß ausgeführte Nephropexie eine wirkliche Urin- resp. Urin-Eiterfistel der Niere entwickelte, die trotz der verschiedensten therapeutischen Eingriffe nicht zur Heilung gelangte. Bei zwei Kranken wurde deshalb die Nephrektomie vorgenommen. Der dritte Kranke blieb ungeheilt.

Wenn im Anschluß an eine operative Nierenfixation eine Urinfistel entsteht, so muß ein Nierenkelch durch eine der parenchymatösen Nierennähte verletzt worden sein. Aber auch unter diesen Umständen wird eine bleibende Nierenfistel nur dann sich entwickeln, wenn außerdem noch eine Infektion vorliegt. Man soll deshalb stets nur vollkommen gesunde Nieren der operativen Fixation unterwerfen und dabei auf das peinlichste eine operative Infektion vermeiden. Außerdem soll bei der Nahtanlegung kein Nierenkelch verletzt werden. Durch eine Reihe topographisch-anatomischer Untersuchungen hat Verf. gefunden, daß sich fast ausnahmslos das distale Ende des mittleren Nierenkelches

am meisten dem konvexen Nierenrande nähert; die Entfernungen betrugen zwischen 10 und 23 mm. Man muß deshalb jedenfalls mit der Anlegung der mittleren parenchymatösen Naht sehr vorsichtig sein und das Nierengewebe hier möglichst oberflächlich fassen.

Paul Wagner (Leipzig).

31) **Tomaschewsky.** Zur Frage der Orchidopexie.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1905. Nr. 21.)

Das Longard'sche Verfahren hat T. durchaus bewährt gefunden, aber eine kleine Modifikation in der Fixation der Hodenskrotalnähte am Oberschenkel angebracht. Wenn man nach Longard die langgelassenen Enden der Fäden, welche den Hoden an den Schlitz der Skrotalhaut befestigen, mit Heftpflaster an die innere Fläche des Oberschenkels festklebt, so verschiebt sich die Haut vermöge ihrer Elastizität mit dem Pflaster zusammen leicht nach oben und der Zug am Hoden hört auf. Deshalb bindet T. die Fadenenden an einen langen Steigbügel von weicher Marly und legt diesen um die entsprechende Sohle. Das Bein wird in Abduktion gelegt, der Kranke wird angewiesen, durch Regulierung der Abduktion selbst die Spannung am Hoden in einer wünschenswerten Höhe zu halten. T. ist 6mal mit bestem Erfolg in dieser Weise vorgegangen. Für Fälle, in denen der Samenstrang sehr kurz ist, hält er Bevan's Vorschlag, die Gefäße des Samenstranges zu durchtrennen, der Berücksichtigung für wert.

Haeckel (Stettin).

32) **Dowden.** Recurring torsion of the spermatic cord, with an account of five cases.

(Brit. med. journ. 1905. April 29.)

Auf Grund von fünf Fällen, über die genauer berichtet wird, bespricht Verf. Pathologie und Therapie der rezidivierenden Drehung des Samenstranges. Ätiologisch wichtig ist die Art, wie der Hode frei in der Tunica vaginalis hängt, vergleichbar dem vom Perikard umschlossenen Herzen; weiterhin eine gewisse Breite und Flachheit des Samenstranges, ferner eine Trennung des Vas deferens von den Gefäßen, so daß das erstere in dem einen Rande des Mesorchiums, die letzteren entfernt davon im anderen verlaufen. Unter den auslösenden Ursachen spielen Anstrengungen allerart eine Rolle; zuweilen genügt bereits einfaches Übereinanderschlagen der Beine. Die Erscheinungen des Anfalles selber sind meist typisch: plötzlicher Hodenschmerz, mit oder ohne erkennbare Ursache, weithin ausstrahlend, Übelkeit, Erbrechen, Kollaps, Blässe, Schweißausbruch, Empfindlichkeit und Schwellung des Hodens. Oft verschwinden alle Symptome so schnell, wie sie gekommen waren, wieder, um nach Wochen oder Monaten wieder aufzutreten. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht die Epididymitis, eingeklemmter Bruch, hämorrhagischer Hodeninfarkt, Embolie der Spermatica, Appendicitis im Bruchsack. Bei oft

wiederholten Anfällen ist Atrophie des Hodens das Ergebnis, wenn nicht operativ eingegriffen wird. Im Anfalle muß man versuchen, durch entsprechende Handgriffe eine Rückdrehung zu erreichen; gelingt das nicht, so muß der Hode operativ fixiert werden durch Exzision des parietalen Blattes der Tunica vaginalis und Befestigung des Hodens an die Tunica dartos und die Haut des Hodensackes, nachdem die viscerale Tunica vaginalis des Hodens und Samenstranges durch Abschaben wund gemacht worden ist. In den fünf so operierten Fällen trat kein Rückfall ein. — Zum Schluß folgen ausführlich die fünf Krankengeschichten.

W. Weber (Dresden).

---

33) **Pankow.** Zur operativen Behandlung des Uteruskarzinoms.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1905. Nr. 8.)

Die Operabilität des Gebärmutter hat ganz beträchtlich zugenommen; nach den Berichten verschiedener Operateure ist sie von 20% auf 40—60% gestiegen. Nach P. ist dies nicht nur dadurch bedingt, daß die Fälle frühzeitiger zur Operation kommen; ganz wesentlichen Anteil hat daran die Verbesserung der Technik und die Vervollkommnung unserer Kenntnis von der Ausbreitung des Krebses im Beckengewebe. In letzterer Hinsicht ist die Tatsache von außerordentlicher Wichtigkeit, daß eine Infiltration der Parametrien, welche die Beweglichkeit des Uterus völlig aufhebt, rein entzündlicher Natur oder durch die Vorbuchtung der stark verdickten karzinomatösen Cervix vorgetäuscht sein kann. Andererseits hat die pathologisch-anatomische Untersuchung auch ergeben, daß klinisch als beginnend und prognostisch als relativ günstig erscheinende Fälle eine Ausbreitung des Karzinoms aufwiesen, daß an eine Radikaloperation nicht mehr zu denken war.

Diese Unsicherheit in der klinischen Beurteilung muß uns stets zu ausgiebigster Entfernung von Uterus und Parametrien veranlassen. Ist der Harnleiter in die Infiltration einbezogen, so ist seine Resektion und Einpflanzung in die Blase das beste und sicherte Verfahren. Selbst weitgehende Infiltration der Parametrien, solange noch keine Metastasen in anderen Organen vorliegen, spricht nicht unbedingt gegen Operabilität.

Technisch kann diesen Anforderungen, wenigstens beim Collumkarzinom, nur durch die abdominelle Radikaloperation genügt werden, wie wir sie vor allem Wertheim verdanken. Ihre primäre Mortalität ist nicht größer als bei der vaginalen Methode, ihre bis jetzt vorliegenden Dauerresultate sind besser, die Operabilitätsziffer ist mit der fortschreitenden Ausbildung ihrer Technik mehr und mehr gestiegen.

Gutzeit (Neidenburg).

Kleinere Mitteilungen.

I.

(Aus der kgl. chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau. Direktor: weiland Prof. Dr. v. Mikulicz-Radecki.)

Klinische Beobachtungen über Glykosurie nach Äthernarkosen.

Von

Cand. med. **Rudolf Röhricht.**

Daß nach Äthernarkosen Glykosurie auftreten kann, ist bekannt. Um zu sehen, wie häufig dies der Fall ist, habe ich die folgenden Untersuchungen angestellt.

Ich habe die Urine von 100 in Äthernarkose operierten Pat. auf Zuckerausscheidung untersucht, und zwar 53 Männern und 47 Frauen. 12 davon, 8 Männer und 4 Frauen, zeigten spontane Glykosurie. Die höchste Zuckerausscheidung betrug 1% im Polarisationsapparate.

Was die Krankheiten und Operationen anlangt, nach denen die Glykosurie auftrat, so verteilten sich die Fälle folgendermaßen:

Strictura urethrae gonorrhoica	(Urethrotomie)	1	von	1	Fall,
Osteomyelitis	(Sequestrotomie)	2	»	3	Fällen,
Struma	(Resektion)	1	»	8	»
Cholelithiasis	(Cholecystostomie)	1	»	3	»
Elephantiasis	(Exzisionen)	1	»	2	»
Carcinoma vulvae	(Resektion)	1	»	2	»
» ventriculi	(Gastroenterostomie)	2	»	9	»
Hernia epigastrica	(Radikaloperation)	1	»	5	»
Pseudarthrosis cruris	(Naht)	1	»	1	Fall,
Varices	(Exstirpation)	1	»	8	Fällen.

Das Lebensalter dieser 12 positiven Fälle schwankte zwischen 11 und 60 Jahren, und zwar kamen auf das Alter

zwischen	5—10	Jahren	0	unter	9	Fällen,
»	11—20	»	1	»	22	»
»	21—30	»	3	»	17	»
»	31—40	»	3	»	22	»
»	41—50	»	3	»	16	»
»	51—60	»	2	»	11	»
»	61—70	»	0	»	3	»

Ich möchte mir hieraus mit Rücksicht auf die doch immerhin geringe Zahl von Fällen keinen bestimmten Schluß erlauben; doch scheint es, als ob das zunehmende Alter eine gewisse Disposition zum Auftreten der Narkosenglykosurie abgäbe.

Zwei Momente sind es nun, die man zur Erklärung für die Auslösung der Glykosurie heranziehen könnte: die Operation und die Äthernarkose. Um zu sehen, welches von beiden mehr Wahrscheinlichkeit für sich hat, habe ich weiterhin einerseits Pat. untersucht, die nur eine Operation oder ein Trauma, andererseits solche, die nur eine Äthernarkose hinter sich hatten.

Unter 9 Fällen von größeren Operationen, die in lokaler Anästhesie ausgeführt wurden, befand sich nur ein positiver Fall, ein 36jähriger Pat., bei dem wegen einer Ösophagusstenose die Gastrostomie angelegt wurde. Von 22 Unfallverletzten, unter denen sich keine Schädelverletzung und aus bestimmten Gründen auch keine Fraktur befand, zeigte kein einziger spontane Glykosurie. Demnach scheint also

das Trauma, das operative eingerechnet, beim Zustandekommen der Zuckerausscheidung keine erhebliche Rolle zu spielen.

Demgegenüber zeigten von 6 Pat., an denen nur eine Narkose vorgenommen worden war, 2 spontane und 1 alimentäre Glykosurie. Daher möchte ich auch bei den 12 positiven Fällen unter meinen 100 Operierten in der Äthernarkose das die Glykosurie auslösende Moment erblicken.

Was die Art der Glykosurie betrifft, so stand ihre Intensität und Dauer jedenfalls in keinem Verhältnis zur Narkosenlänge und dem verbrauchten Ätherquantum.

Zur Erklärung der Narkosenglykosurie möchte ich die individuelle Disposition heranziehen, namentlich mit Rücksicht auf das obenerwähnte unregelmäßige Verhalten derselben. Im übrigen kann ich an dieser Stelle auf ihre Entstehung, wie überhaupt auf alle Einzelheiten, nicht näher eingehen, muß in dieser Beziehung vielmehr auf eine erfolgende ausführliche Mitteilung hinweisen. Bereits jetzt wollte ich aber auf die Häufigkeit, mit der nach der Äthernarkose Glykosurie auftritt, aufmerksam machen, ein Vorkommnis, das allerdings nach der Chloroformnarkose noch häufiger zu sein scheint.

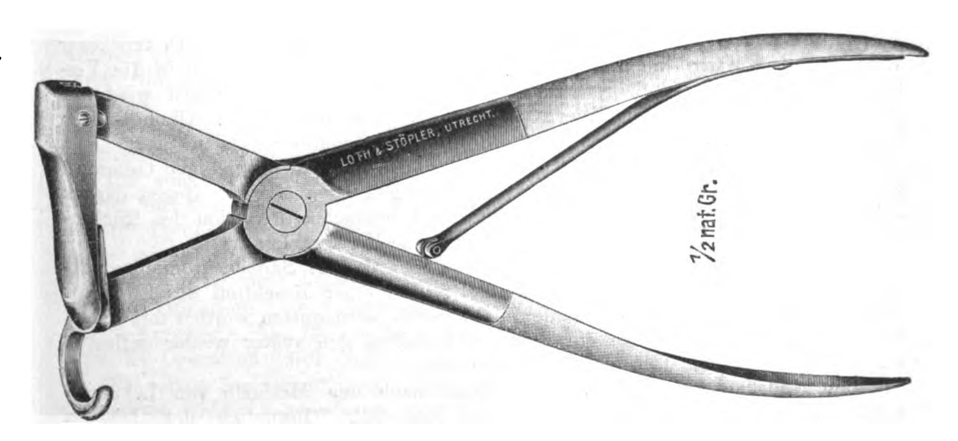
II.

Ein neues Modell einer Rippenschere.

Von

Dr. **J. Schoemaker** im Haag.

Wenn man bei der Resektion einer Rippe das Raspatorium von Doyen anwendet, um die Rippe an der Innenseite von seinem Periost zu befreien, dann wird man die Überzeugung haben, daß dieses Instrument auf ideale Weise seinem Ziele nahekommt. Mit seiner hakenförmigen Krümmung läßt es sich sehr leicht einführen, es legt sich an die Rippe genau an und schiebt die Weichteile schön ab. Wenn man nun aber genötigt ist, das Instrument wieder herauszunehmen, um die eine Branche einer Rippenschere unter die Rippe zu bringen, dann fühlt man den Unterschied zwischen beiden Instrumenten und bedauert es, daß man das Raspatorium nicht konnte liegen lassen, um es als Scherenhälfte zu benutzen.



Um das zu erreichen, ließ ich mir eine Rippenschere anfertigen, welche zu gleicher Zeit als Raspatorium zu verwenden ist. Die Abbildung wird besser als jede Beschreibung deutlich machen, welche Form das Instrument bekommen hat.

Will man nun eine Rippe resezieren dann durchschneidet man die Weichteile bis auf den Knochen und schiebt das Periost an der Außenseite ab, wie man das

wohl immer macht, braucht es aber nicht so ausgiebig zu tun. Nur an einer ganz kleinen Stelle gehe man an dem oberen und unteren Rande der Rippe genauer vor. Ist das getan, dann wird sofort die Schere genommen und die hakenförmige Branche eingebracht und um die Rippe geführt — was viel leichter zu machen ist, als das Einbringen einer gewöhnlichen Schere —, das Instrument wird der Rippe entlang geschoben, durch welche Bewegung das Periost bei Seite gedrängt wird, und dann kneift man die beiden Enden zusammen, wodurch das guillotineartig aufgestellte Messer die Rippe durchschneidet. Man öffnet das Instrument wieder, läßt aber den hakenförmigen Teil unter der Rippe, zieht es dann der Rippe entlang bis zu der Stelle, wo der zweite Schnitt liegen soll, und kneift wieder zu: die Rippe ist dann reseziert. Die Vorteile sind: Viel leichteres Einführen, was speziell bei tiefliegender Rippe deutlich zu empfinden ist, Fortfallen eines Instrumentes, glattes und leichtes Durchschneiden der Rippe. Ich ließ zwei Modelle anfertigen, eins für Erwachsene, ein kleines für Kinder, welche von der Firma Loth und Stöpler in Utrecht fabriziert werden und im Medizinischen Waarenhause in Berlin zu bekommen sind.

---

34) **Lambotte, Hermann** et **van Havre.** Compte-rendu des opérations faites dans le service de chirurgie du Dr. Lambotte à l'hôpital Stuyrenberg.

Anvers, **J. E. Buschmann,** 1904. 179 p.

Bericht über die in den Jahren 1901—03 ausgeführten Operationen nebst vorhergehender Besprechung der Desinfektion, technischer Besonderheiten u. dgl. Wasser kommt nur zur Verwendung, das unter Druck von 5 Atmosphären destiliert ist, mithin 159° erreicht hat. Statt der Watte werden bei den Verbänden oft Handtücher benutzt. Verbandsstoffe werden 1 Stunde lang unter Druck von 2 bis 4 Atmosphären sterilisiert. Das Kochen der Instrumente geschieht in Boraxlösung, wobei 106° C erreicht wird. — Zur Blutstillung sind die Doyen'sche und eine modifizierte Roux'sche Angiotriebe viel angewendet worden. Doch wurde zur Sicherheit in die Quetschfurche noch eine feine Seidenligatur gelegt. Oft wurden auch die Aluminiumligaturen nach L. verwendet, besonders bei schnell auszuführenden intraabdominalen Eingriffen. Zum Verschluß der Bauchhöhle kam ferner vielfach umschlungene Naht zur Anwendung, wegen ihrer Einfachheit, Schnelligkeit, Sicherheit und Fehlen von Nekrosen sehr empfohlen. Als wichtig gilt, bei allen Operationen nur mit einem Assistenten auszukommen. In trockener Hitze sterilisiert wird auch die Borsäure, die Verff. zum Einstreuen in die Verbände benutzen, um die Sekrete zu desinfizieren. Wasserstoffsuperoxyd wird mit 10%iger Natronlauge neutralisiert. Bei Erysipel wenden Verff. Alkohol- oder Kampfer-Alkoholverbände an, häufig erneuert, ohne undurchlässigen Stoff. Von der Rückenmarksanästhesie mit 3 cg Cocain. hydrochl. wird ausgiebiger Gebrauch gemacht, häufig auch bei vaginalen gynäkologischen Operationen. Gegen danach auftretende Kopfschmerzen, die ebensogut nach einfacher Punktion des Rückenmarkes auftreten können, wird eine Dosis Phenacetin verabfolgt.

Aus den Operationsberichten ist zu erwähnen, daß 17 Saphenektomien ausgeführt worden sind, alle mit gutem Resultat. Bei einer Resektion des Ellbogens wegen Ankylose ist die Wundhöhle mit Paraffin ausgegossen worden mit gutem funktionellen Erfolg, obwohl ein Teil des Paraffins sich später wieder entleerte. Die Beobachtungsdauer ist allerdings sehr kurz.

Bei Knochenbrüchen ist von der Naht nach der Methode von L. 38mal Gebrauch gemacht worden, mit einem Todesfall. (Bezüglich des L.'schen Verfahrens vgl. dieses Blatt 1903 p. 59). Vor Anlegung des L.'schen Apparates wird auf genaue Anpassung der Bruchenden großer Wert gelegt. Beim Oberschenkel macht sich wegen der starken Absonderung in der ersten Woche täglicher Verbandwechsel notwendig. Außerdem ist am Humerus und Radius bei Anlegen des Apparates Vorsicht geboten wegen Verletzung des Nervus radialis. Daß andererseits mit dem L.'schen Fixateur in geeigneten Fällen gute Resultate

erzielt werden können, beweisen die beigegebenen nach Röntgenographien angefertigten Skizzen eines doppelten Bruches beider Unterschenkelknochen. Hervorzuheben wäre noch, daß bei einem Oberschenkelbruch eines 8tägigen Kindes auch die Knochennaht angewendet worden ist mit tödlichem Ausgang, ebenso bei einem Manne mit Wirbelsäulenbruch. Hier heilte zwar die Operationswunde, der Tod trat aber nach 6 Wochen an Erschöpfung ein.

Von Schädeloperationen wird über 36 Fälle berichtet; 5mal ist wegen Apoplexie operiert worden. Bei einem dieser Fälle trat nach Ausräumung der Blutgerinnsel und Drainage schnelles Verschwinden der Lähmungen und Heilung ein. Bei Apoplexien in nicht zu hohem Alter halten Verff. chirurgisches Eingreifen innerhalb der ersten 24 Stunden deshalb für angezeigt.

Operationen an der Wirbelsäule sind 7 ausgeführt worden, darunter eine Hemisektion der Cauda equina wegen Schmerzen infolge Schenkelsarkom. Die betreffende Kranke starb an Meningitis. Trotzdem wird die Operation empfohlen bei sonst nicht beeinflußbaren neuralgischen Schmerzen der unteren Gliedmaßen. Ferner wurde eine Laminektomie 5 Monate nach einer Wirbelfraktur ausgeführt und die vorstehende Spitze des gebrochenen Wirbelkörpers abgemeißelt. Man hatte nachher den Eindruck, dem Kranken genutzt zu haben. Bei einem später beobachteten Falle soll das Resultat besser gewesen sein — Zwei Fälle von Pott-scher Kyphose wurden auch operativ angegriffen. Der eine Kranke davon ist auf dem Wege der Heilung, der andere ist 5 Tage nach der Operation an Meningitis gestorben.

Wegen vom Ohr ausgehender Erkrankungen wurden 8 Trepanationen gemacht.

Von den 19 Empyemoperationen ist eine bemerkenswert, bei der wegen Bildung von Pleuraknochen die ganze vordere Thoraxwand reseziert wurde. Nach Thiersch-scher Transplantation auf Herzbeutel und Zwerchfell trat Heilung ein.

Nach einer Bauchkontusion war bei einem 42jährigen Mann in der linken Bauchseite eine retroperitoneale Cyste entstanden, die nach Inzision ausheilte. 1 Jahr später hatten sich bei dem Betreffenden epileptiforme Anfälle mit einer Aura visceralis eingestellt, die nach Relaparotomie und Lösung der Verwachsungen verschwanden!

Von Magenoperationen ist eine wegen Blutung als dringlich ausgeführte Pylorusresektion zu erwähnen. Die Untersuchung des resezierten Stückes ergab eine Schleimhauterosion mit einer klaffenden Vene. Es trat Heilung ein. Bei Magengeschwür ist bisweilen die Magenfaltung mit Versenkung der Geschwürsstelle ausgeführt worden. Einmal hatte sich nach einer Pylorusresektion eine ulzerierende Geschwulst im Antrum pyloricum entwickelt. Ihre Entstehung wurde der Schleimhautschädigung durch die bei der ersten Operation angelegten Doyen'schen Klemmen zugeschrieben. Bei demselben Falle wurde die nun mittels Knopf angelegte Gastroenterostomie später wieder so eng, daß sie nicht mehr funktionierte. — Eine totale Exstirpation des Magens, verbunden mit Kolonresektion, endete tödlich.

Bei einer Wurmfortsatzoperation wurde der Blinddarm unter der Leber gefunden, das Colon ascendens fehlte ganz. Hinter dem Blinddarm war ein Abszeß, der auf Drainage heilte. Eine allgemeine Peritonitis infolge Gangrän des Processus vermiformis heilte auf drei Inzisionen hin (rechte und linke Fossa iliaca und Milzgegend) ohne Ausspülung der Peritonealhöhle.

Zur Operation kamen ferner zwei Perforationen bei Typhus, beide mit tödlichem Ausgang. Eine Duodenalperforation infolge Geschwüres führte auch 8 Tage nach der Operation durch Nekrose der Bauchwand den Tod herbei.

Bei einer Insufficientia ani eines 13jährigen Knaben wurde Paraffininjektion mit gutem Erfolg angewendet. Bei drei weiteren Fällen von Inkontinenz infolge früherer Fisteloperation wurde die Sphinkternaht nach Anfrischung der Narbe ausgeführt.

Unter vier Talma'schen Operationen sind zwei Fälle von Besserung zu verzeichnen; der eine davon kam fast einer Heilung gleich. — Eine Milzexstirpation wegen Hyperplasie endete tödlich durch Infektion des Bauchfelles, wahrscheinlich wohl infolge der Dauerklemmen.

Zur getrennten Urinuntersuchung kam der Harnscheider von Cathélin in Anwendung. Eine Gegenprobe mit dem Luys'schen ergab dasselbe Resultat. Wegen chronischer Nephritis wurde zweimal die Aushülsung der Niere ausgeführt, einmal einseitig, einmal doppelseitig in zwei Sitzungen. In beiden Fällen wurde die ausgeschiedene Eiweißmenge geringer. **E. Moser** (Zittau).

35) **A. Gemuseus.** Das Stovain, ein neues Lokalanästhetikum.
Inaug.-Diss., Bern, 1905.

Nach Besprechung der verschiedenen Ersatzmittel für das Kokain und Mitteilung eines Falles von Kokainvergiftung nach Injektion von 1 ccm 2%iger Lösung in das Zahnfleisch empfiehlt G. das Stovain als 3—4mal weniger giftig, und weil keine Begleiterscheinungen auftreten (bei Anwendung am Auge beobachtete Verf. aber Juckreiz, Lichtscheu und Tränenträufeln!).

Bezüglich der chemischen Zusammensetzung und der einzelnen Beobachtungen — 100 Fälle, davon 95 Zahnextraktionen — muß auf das Original verwiesen werden.

Besondere Vorzüge des Stovains sind aus den Mitteilungen nicht ersichtlich. **Grosse** (Kassel).

36) **Bonachi.** Über die Rhachistovainisierung.
(Chirurgische Gesellschaft in Bukarest. Sitzung am 4. Mai 1905.)

B. gibt eine Übersicht von 23 in der Abteilung von Nanu mit Rhachistovainisierung operierten Fällen. Bei sechs trat keine vollständige Anästhesie auf, und mußte bei drei derselben zum Chloroform gegriffen werden. In einem Fall, einen Neurastheniker betreffend, traten im Verlaufe der Operation beunruhigende Symptome auf, wie: kalte Schweiße, Präkordialschmerz, Blässe, Erbrechen usw., welche später verschwanden. Auch in anderen Fällen waren derartige Erscheinungen, wenn auch in schwächerem Maße, zu beobachten. Wie es scheint, hat das Stovain bei subduraler Anwendung eine elektive Wirkung; so bleibt oft das Perineum empfindlich, was namentlich bei Hämorrhoidaloperationen, bei solchen wegen Harnabszessen und Rektovaginalfisteln ins Gewicht fällt. In einem Falle war die linke Seite des Dammes anästhetisch, die rechte aber sehr empfindlich. **E. Toff** (Braila).

37) **P. Heresco** et **L. Strominger.** La rachistovainisation dans les maladies des voies urinaires.
(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Nr. 8.)

Verff. haben in zehn Fällen von operativen Eingriffen an den Harnorganen die Anästhesierung durch Injektion von Stovain in den Duralsack bewirkt. Wenn sie auch keinen Unglücksfall hierbei erlebt haben, so müssen die unangenehmen Begleiterscheinungen doch sehr gegen die »Rhachistovainisation« einnehmen. Diese Begleiterscheinungen bestanden in Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen, Gliederschmerzen, zweimal in Erschlaffung des Sphincter ani, einmal in Myosis, einmal in erschwerter, schmerzhafter Atmung, einmal in Schlaflosigkeit. **Paul Wagner** (Leipzig).

38) **F. B. de Walle.** Bijdrage tot de kennis der Gewrichtslichamen.
Diss., Amsterdam, 1905.

Diese Arbeit gibt nach allgemeinen Besprechungen über das Kapitel der Gelenkmäuse acht Krankengeschichten von Fällen, welche in der letzten Zeit in der Klinik von Prof. Lanz beobachtet wurden. Die operativ entfernten Körper sind zum Teil durch Photographien und Röntgenogramme wiedergegeben. Die Krankengeschichten werden durch makroskopische und mikroskopische Beschreibungen der entfernten Präparate vervollständigt. Diesem klinisch-anatomischen Teile der Arbeit schließt sich eine Reihe von Experimenten an, welche der Hauptsache nach bestanden in

traumatisch-operativer Erzeugung von Gelenkkörpern in dem Kniegelenke von Kaninchen und Untersuchung der Körper nach verschieden langer Zeit.

Auf Grund seiner klinischen Fälle und seiner Experimente kommt Verf. zu folgenden Resultaten:

1) Trauma ist die Hauptursache des Entstehens von Gelenkkörpern. Der Arthritis deformans muß als Ursache einiger Platz geräumt werden, während Osteochondritis dissecans (König) als Ursache nicht ausgeschlossen werden kann.

2) Gelenkkörper können an Größe zunehmen durch Apposition von Bindegewebe oder von Faserknorpel, nicht durch Neubildung von hyalinem Knorpel.

J. H. Zaaijer (Amsterdam).

39) **E. Schmiegelow.** Beiträge zur Pathologie der otogenen Hirnabszesse.

(Nord. med. arkiv Bd. XXXVII; III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 17.)

Die Statistik über operierte Fälle otogener Hirnabszesse, die aus Einzelbeobachtungen zusammengesetzt wird, liefert zu günstige Resultate. Dagegen ist es besonders wertvoll, die Gesamtstatistik eines hervorragenden Otologen, des Verf.s, in der vorliegenden Arbeit zu bekommen.

Verf. hat während der letzten 16 Jahre 19 im Anschluß an ein Mittelohrleiden entstandene Fälle von Hirnabszessen beobachtet; 9 von diesen sind schon veröffentlicht und werden in der anhangsweise beigefügten Kasuistik rekapituliert, die 10 anderen sind in der Literatur neu.

Wie vorsichtig man sein muß, wenn man die in der Literatur enthaltenen Mitteilungen einer Beurteilung der Prognose der Hirnabszesse zugrunde legen will, geht u. a. deutlich aus der Betrachtung dieser beiden Reihen von Fällen hervor. Von den ersten 9 starben 6, und 3 wurden geheilt (also jeder 3. Pat.). Dagegen von den 10 Pat. der zweiten Reihe 8, während nur 2 (also jeder 5. Pat. mit dem Leben davonkamen.

Die diagnostischen Schwierigkeiten sind oft so groß, daß z. B. unter den 19 Fällen 5mal die Diagnose nicht gestellt werden konnte. Bei den 14 übrigen Pat. gelang es Verf., den Hirnabszeß zu erkennen, und er leitete Versuche zu seiner Auffindung ein; aber nur in 9 Fällen gelang es ihm, ihn beim Lebenden zu entleeren. Unter diesen letzteren trat 5mal vollständige Heilung ein, während die Pat. in den übrigen Fällen starben, und zwar entweder weil gleichzeitig ein zweiter Abszeß vorhanden war, der nicht entleert wurde, oder weil daneben Meningitis bestand.

Somit hatte Verf. 26,8% Heilungen und 73,7% tödliche Ausgänge.

Hansson (Cimbrishamn).

40) **Glynn.** A case simulating intracranial tumour.

(Brit. med. journ. 1905. April 22.)

Ein 21jähriger Ingenieur bietet nach einem heftigen Stoß gegen den Scheitel mit leichter Gehirnerschütterung im Laufe der folgenden 5 Jahre das Bild zunehmenden Hirndruckes dar mit Kopfschmerzen, Gedächtnisschwund, Schwindel, Neigung nach vorwärts zu fallen, apathischem und kindischem Wesen, Abnahme der Sehkraft bis fast zu völliger Blindheit, Urininkontinenz, Krämpfen. Außerordentlich schnelle Besserung aller Symptome setzte ein mit dem Abfluß von klarseröser Flüssigkeit aus dem rechten Nasenloch und hielt an bei unaufhörlicher Absonderung bis zur völligen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Bei vorwärts geneigtem Kopf entleeren sich in einer Minute 1—5 Tropfen Zerebrospinalflüssigkeit. G. deutet den Fall als einen durch das Trauma erworbenen Hydrocephalus internus in dem Sinne, daß der Stoß gegen den Kopf eine leichte adhäsive Meningitis in der Nachbarschaft des 4. Ventrikels und des Kleinhirns hervorrief. Die sich bis zu hohem Druck ansammelnde Zerebrospinalflüssigkeit suchte sich schließlich, vom Arachnoidealraum abgesperrt, einen Ausweg entlang der Scheide des N. olfactorius.

W. Weber (Dresden).

41) **Clarke.** On some symptoms of cerebellar tumours.

(Bristol med. chir. journ. 1905. June.)

C. berichtet über zwei Fälle von Kleinhirngeschwulst, in denen vollständige Taubheit und ein sehr lästiges Ohrgeräusch die ersten und hervortretendsten Erscheinungen waren, welche den gewöhnlichen Symptomen der Kleinhirngeschwulst lange vorhergingen. Bei einem der Pat. gingen nach einer ausgedehnten Craniotomie Kopfschmerzen und Neuritis optica zurück, ebenso die Ohrgeräusche, während die Taubheit bestehen blieb; Pat. lebte noch mehr als 4 Jahre p. op. in leidlichem Wohlbefinden. (Mikroskopisch Fibrom.)

Mohr (Bielefeld).

42) **E. Schatz.** Die Abkürzung der Nachbehandlung akuter Mastoideusoperationen durch Paraffinfüllung.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

S. hat das von Politzer empfohlene Verfahren der Knochenplombierung mit Paraffin in drei Fällen schon am 11., bzw. 14. Tage nach der Aufmeißelung des Antrums angewandt und dadurch in kurzer Zeit bei ungestörtem Verlaufe völlige Heilung erreicht. In den ersten beiden Fällen, in denen die Dura der mittleren Schädelgrube und der Sinus freigelegt worden war, bestand zur Zeit der Paraffinfüllung noch kein dickes Granulationspolster über jenen Teilen; trotzdem wurde die Plombierung gut vertragen, ebenso wie im dritten Falle, in dem noch kein fester Verschluß der Paukenhöhle gegen das Antrum bestand.

Kramer (Glogau).

43) **A. Vischer.** Über Osteome der Orbita und des Oberkiefers.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 268.)

V. veröffentlicht mehrere einschlägige Beobachtungen aus der Baseler Klinik (Prof. Hildebrandt). Zunächst handelt es sich um zwei Fälle von Osteom der Orbita, 23- bezw. 16jährige Männer betreffend. Die ohne besonderen Grund im 19. bezw. 15. Lebensjahre entstandenen Geschwülste hatten zu Vortreibung des Augapfels geführt, wie ein beigegebenes Photogramm zeigt. Dagegen ist in einem ebenfalls beigefügten Röntgenogramm der fast talergroße, die Augen- und größtenteils auch die Stirnhöhle einnehmende Geschwulstschatten zu sehen. Zur Operation diente beidemal ein Schnitt, der, im inneren Drittel der Augenbraue beginnend, im Bogen über die Geschwulst zwischen Nase und innerem Augenwinkel geführt wurde. Entblößung der Knochengeschwulst, die dann nicht schwer herausgehebelt oder gebrochen wird. Glatte Heilung. Histologischer Befund: Elfenbeinosteom. V. schließt sich der Ansicht Bornhaupt's an, wonach diese Geschwülste als eine vom Periost ausgehende Neubildung anzusehen sind. Da sie meist in jüngeren Jahren entstehen, handelt es sich wahrscheinlich um Entwicklungsstörungen, und ist eine fötale Genese anzunehmen. Zur Diagnose ist auch hier Röntgen wichtig. Solange die Geschwülste nicht übermäßig groß geworden sind, ist ihre Operation unschwierig, wenn nur die äußere Zugangswunde groß genug gemacht wird. Wird früh genug operiert, so wird auch verhindert, daß das Auge Schaden leidet, und wird völlige Restitutio ad integrum erzielt. 2) Es folgen drei Fälle von knöchernen Geschwülsten im Gesicht, entstanden durch Verdickung bzw. zu starkes Wachstum des Oberkiefers, wodurch nach außen difforme Vortreibung der Knochenvorderfläche, nach innen Verödung des Antrum maxillare verursacht wurden. Bei der Operation wurde nach Schnittführung teils von vorn durch die Gesichtshaut, teils vom Vestibulum oris aus durch Trennung der Schleimhaut die hypertrophische Knochenfläche freigelegt und von der Knochenmasse genügend viel weggemeißelt, um die Mißstaltung zu beseitigen. Die Kranken standen im Alter von 13 bzw. 17 Jahren und hatten den Beginn der Geschwulstbildung vom 10. bis zum 14. Lebensjahre bemerkt. Ein sicherer Grund für die Erkrankung läßt sich nicht nachweisen; auch hier wird an Entwicklungsstörungen zu denken sein, da fast immer jugendliche Individuen betroffen werden. Eine eigentliche Neubildung liegt nicht vor, sondern nur entzündliche Hyperostosenbildung oder ossifizierende Periostitiden.

Wenn die Erkrankung selbst nicht zum Stillstande kommt, schützt die Operation, die zeitweilig allerdings die Entstellung beseitigt, nicht vor Rezidiven. In einem der berichteten Fälle V.'s ist 3 Jahre lang kein Rezidiv eingetreten.

Literaturverzeichnis von 43 Nummern ist der Arbeit beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

44) **Schüler.** Ein Fall von schwerer narbiger Kieferklemme.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Bei einem Falle von hochgradigster narbiger Kieferklemme, welche durch Noma nach Typhus verursacht war, wurde die Ablösung der Narben von beiden Seiten des Kiefers in der Kieler chirurgischen Klinik vorgenommen. Da die Kieferklemme zu rezidivieren drohte, trotz Dehnung der Narben durch aktive und passive Bewegungen, wurde ein trapezförmiges Stück nahe dem Unterkieferwinkel aus dem horizontalen Aste reseziert und in die entstandene Lücke Bindegewebe und der hintere Zipfel der Submaxillardrüse eingelagert. Obgleich die Pseudarthrose später wieder fast völlig unbeweglich wurde, besserte sich nunmehr die Kieferbeweglichkeit durch fortgesetzte Dehnung der Narben. Von endgültiger Heilung kann nicht berichtet werden, da der Fall nur $4^1/_2$ Monate beobachtet wurde.

Gutzeit (Neidenburg).

45) **Constantinescu** und **N. Athanasescu** (Bukarest). Betrachtungen über die Frakturen der Wirbelsäule, namentlich mit Bezug auf einen Fall.

(Spitalul 1905. Nr. 13.)

Verff. sprechen die Ansicht aus, daß man in Anbetracht der guten erzielbaren Erfolge, die Pat. mit Frakturen der Wirbelsäule nicht wochenlang ohne jeden Eingriff in Schienenverbänden liegen lassen, wie dies noch viel geübt wird, sondern möglichst frühzeitig die vorletzte Stelle operativ angehen soll, bevor noch sekundäre Veränderungen des Rückenmarkes zur Entwicklung gekommen sind. In dem selbst beobachteten und operierten Falle handelte es sich um einen 20jährigen Mann, welcher von einem hohen Baume auf die linke Seite herabgestürzt war. Es bestand außerordentliche Schmerzhaftigkeit der Lendenwirbelgegend, welche bei der Palpation eine Einsenkung zwischen zwei Wirbeln zeigte, außerdem Parese der unteren Extremitäten, vollständige Empfindungslosigkeit der vorderen und inneren Schenkelflächen, Unvermögen aufrecht zu stehen und den Leib um die Längsachse zu drehen. Durch einen 20 cm langen Längsschnitt wurde ein großes, subkutanes Hämatom eröffnet und der Zugang zu der verletzten Stelle ermöglicht. Man fand eine Kontinuitätstrennung zwischen erstem und zweitem Lendenwirbel, in welche man bequem den Mittel- und Zeigefinger hineinlegen konnte; die Entfernung zwischen den Dornfortsätzen dieser beiden Wirbel betrug 5 cm. Das Rückenmark war unversehrt, aber außerordentlich gedehnt und vorn dem Druck eines Wirbelrandes ausgesetzt. Nach Entfernung der Blutgerinnsel und einiger Knochensplitter wurde durch Druck und Zug die knöcherne Wirbelsäule in die richtige Lage gebracht und die beiden Wirbel durch einen um die Dornfortsätze geschlungenen Faden einander genähert und in dieser Lage festgehalten. Hierauf wurde Pat. in eine Bonnetsche Schiene gelegt. Nach wenigen Tagen waren die oben erwähnten krankhaften Symptome verschwunden, und nach 2 Wochen konnte Pat. geheilt entlassen werden.

E. Toff (Braila).

46) **K. Frank.** Zur Kenntnis der kongenitalen Sakraltumoren.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 368.)

F. berichtet über ein mit Sakralgeschwulst behaftetes Kind, Mädchen, das in dem Kaiserin Elisabeth-Wöchnerinnenheim »Lucina« in Wien reif und übrigens gesund geboren ist. Die in Kopflage stattfindende Geburt stockte etwas, nachdem sie bis zum Nabel rasch vor sich gegangen war; dann wurde sie durch einen leichten Zug vollendet. Die Sakralgeschwulst, wohl eine der größten bis jetzt be-

obachteten, war weit über kindskopfgroß, bei der Geburt an einer kleinen Stelle geplatzt und bildete nach Entleerung einer weißgelblich visciden Flüssigkeit einen schlaffen Sack. Sie wurde mit vollem Erfolg einer Operation unterzogen, bei welcher sie, dicht unter der Haut und oberflächlichen Muskelplatten gelegen, leicht exstirpierbar war. Dabei wurde die Hinterfläche des Mastdarmes freigelegt und das stark nach vorn umgebogene Steißbein exstirpiert.

Die Geschwulst enthielt mannigfache Hohlräume, streifenförmige Pigmentanhäufungen, sowie Inseln von Parenchymen, die schon makroskopisch Organdiagnosen auf Leber, Nebenniere, Speicheldrüse usw. gestatteten. Mikroskopisch wurden im Detail Derivate von sämtlichen drei Keimblättern festgestellt: Gehirn, Auge, Corium nebst Haaranlagen, Schweiß- und Talgdrüsen, Tastkörperchen, Epidermis, Darmkanal, quergestreifte Muskeln, Niere, Nebenniere, Ösophagus, Pankreas, Speicheldrüsen, eine rudimentäre Herzanlage, Knochen, Stützsubstanz in allen Formen.

In der Besprechung streift F. die Frage nach der Theorie und Ätiologie dieser Geschwülste, insbesondere das Problem, ob ein mono- oder bigerminaler Ursprung für sie anzunehmen sei. Er schließt sich den Anschauungen Hagen's an, welcher Embryome, die aus einer befruchteten Polzelle entstanden sind, unterscheidet und solche, die aus Überproduktion von Furchungskugeln hervorgegangen sind. Die beschriebene Geschwulst ist der zweiten Kategorie zuzuzählen und, da sie Abkömmlinge aller drei Keimblätter enthält, als ein »Tridermom« zu bezeichnen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

47) **Ferrand et Krouchkoll.** Adénite cervicale tuberculeuse favorablement traitée par les rayons X.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 69.)

Durch vorsichtig wiederholte, je 10 Minuten lange Bestrahlungen der Lymphome mit harten Röhren haben Verff. eine Reihe guter Erfolge erzielt. Starke Verkleinerung bzw. Schwinden der Drüsenpakete, bei manifester Lungentuberkulose Abfall der erhöhten Temperatur und Hebung des Allgemeinbefindens und des Körpergewichtes, Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, das alles haben sie nur durch Bestrahlung erreicht, so daß sie es für angezeigt halten, sie stets zu versuchen, bevor zum Messer gegriffen wird. Von einer Heilung durch die Bestrahlung zu sprechen, halten Verff. noch nicht für erlaubt.

V. E. Mertens (Breslau).

48) **M. Schlie.** Beitrag zur operativen Behandlung der Ösophagusdivertikel.

Inaug. Diss., Rostock 1905.

Verf. teilt einen in der chirurgischen Klinik operierten Fall mit. Das Divertikel saß $19^1/_2$ cm hinter der Zahnreihe, bildete gefüllt eine Geschwulst in der Höhe des Ringknorpels linkerseits. Der Eingang konnte ösophagoskopisch besichtigt werden, ja auch das Innere des Divertikels. Die Operation bot keine Schwierigkeiten.

Literaturangabe speziell über ösophagoskopische Befunde. Angabe der Behandlungsmethoden und genaue Besprechung derselben. Das Nähere siehe im Original. **Grosse** (Kassel).

49) **Einhorn.** Radium treatment of cancer of the oesophagus.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. July 1.)

Das Radium wurde in Hartgummikapsel am Ende einer Speiseröhrensonde eingeführt, diese passend befestigt und bis zu 1 Stunde liegen gelassen. Dehnung der Striktur durch gewaltsames Einführen war ausgeschlossen. Die Ergebnisse in angehängter Tabelle. Unangenehme Zwischenfälle kamen nicht vor. Wenn auch die Heilung dieses Krebses unwahrscheinlich ist, so ist doch die Radiumbehandlung von so großem Vorteile, daß sie eine große Rolle zu spielen berufen erscheint.

Alter	Dauer der Behandlung	Ergebnis der Sondierung		
		bei Beginn der Behandlung	nach Abschluß der Behandlung	
52 Jahre	16 Tage	Bougie (nach Faucher) Nr. 32 stößt 38 cm = 15½ Zoll hinter Zahnreihe auf Hindernis	Bougie 39 stößt in 41 cm hinter Zahnreihe auf Hindernis	Allgemeinbefinden besser
55 »	29 »	Bougie 20 trifft nach 43 cm, Nr. 39 nach 41 cm auf Hindernis	Bougie 42 trifft nach 43 cm auf Hindernis	Allgemeinbefinden sehr gebessert. Pat. schmerzfrei, kann besser schlucken
38 »	30 »	Bougie 20 passiert Hindernis nach 42½ cm, Nr. 39 sitzt in 41 cm fest	Nr. 43 geht ohne Hindernis in den Magen	Gewichtszunahme. Schlucken v. halbfesten und festen Speisen möglich
39 »	23 »	Nr. 20 trifft in 43 cm, Nr. 39 in 41 cm Hindernis	Nr. 52 geht ohne Hindernis in den Magen	Schluckt feste Speisen
50 »	16 »	Nr. 26 trifft nach 37 cm, Nr. 39 nach 34½ cm Hindernis	Desgleichen	8 Pfund Gewichtszunahme. Schluckt feste Speisen
53 »	19 »	Nr. 25 trifft in 27½ cm Hindernis	Nr. 35 trifft in 31 cm Hindernis	Keine Besserung. Nach Herausnehmen der Sonde zeitweise blutig. Schleim ausgewürgt, zeitweise Fieber
75 »	75 »	Nr. 35 trifft Hindernis in 37½ cm. Schluckt nichts	Striktur nicht gemessen. Schluckt Flüssigkeit u. halbfeste Speisen	Pat. beschwerdefrei seit 6 Monaten

Trapp (Bückeburg).

50) **Morin.** De la cure radicale de l'empyème chronique non tuberculeux par la thoracectomie combinée à la decortication du poumon.

(Thèse de Paris 1905. — Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 27.)

M. geht von einem von Jeanne operierten Falle von chronischem Pleuraempyem nach Pneumonie mit Durchbruch nach außen und in die Bronchien aus; der sehr heruntergekommene Kranke wurde in einer Sitzung einer ausgedehnten Thoraxresektion und gleichzeitig einer Ausschälung der Lunge aus der stark verdickten Pleura unterzogen, worauf rasche und völlige Heilung eintrat.

Auf Grund ähnlicher Beobachtungen aus der Literatur stellt M. als beste Behandlungsmethode des chronischen Empyems diejenige hin, welche durch Kombination der Resektion der starren Höhlenwände mit gleichzeitiger Ausschälung der Lunge auf die sicherste, jedem Falle individuell anzupassende Weise jede Höhlenbildung ausschaltet. Lungenoberfläche und Brustwand müssen am Schluß der Operation in ganzer Ausdehnung einander dicht anliegen.

Mohr (Bielefeld).

51) **P. E. Lindström.** Ein Fall von rechtsseitigem Chylothorax infolge Zerreißung des Ductus thoracicus.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. 3. Folge. Bd. IV. Abt. 1. Nr. 18.)

Es handelt sich um einen 28jährigen Arbeiter, der durch Fall auf der linken Seite einen Bruch der achten Rippe sich zugezogen hatte. Nach etwa 4 Tagen traten Symptome von Erguß im rechten Pleuraraum auf, der bei der Probepunktion

sich als eine Mischung von Blut und Eiter zeigte. Atembeschwerden veranlaßten Thorakocenthese, die zwar Erleichterung der Symptome brachte, in der Folge aber häufig wiederholt werden mußte; in einer Woche wurden $11^1/_3$ l entleert. Die mit jedem Tage mehr und mehr sinkenden Kräfte veranlaßten Verf., die Thorakotomie als das Ultimum refugium zu versuchen. Die Kräfte reichten aber nicht aus, den vorhandenen Riß im Ductus thoracicus zu nähen. Verf. mußte sich mit schleuniger Tamponade begnügen; Tod in folgender Nacht. — Bei der Sektion wurde ein Riß des Ductus thoracicus in gleicher Höhe mit der gebrochenen Rippe konstatiert. Kollaterale Lymphgefäße konnten nicht nachgewiesen werden.

Hansson (Cimbrishamn).

52) **Coutts and Rowlands.** A case of purulent pericarditis in an infant; operation; death.

(Brit. med. journ. 1905. April 15.)

Ein Kind, 1 Jahr und 8 Monate alt, erkrankt im Anschluß an Masern mit den Anzeichen einer eitrigen Perikarditis. 1 Woche später trotz mehrfacher erfolgloser Probepunktionen Perikardiotomie nach Entfernung des sternalen Endes der linken 7. Rippe und des angrenzenden Brustbeinteiles. Letzterer mußte gleichfalls entfernt werden, weil man auf die linke Pleura stieß. Kreuzschnitt ins Perikard, Entleerung von etwa 50 ccm Eiter, Drainage des Herzbeutels. Tod am 2. Tage. Dies ist wohl der jüngste Pat., an dem eine Perikardiotomie ausgeführt wurde.

W. Weber (Dresden).

53) **Tuffier et Haret.** Épithélioma du sein ulcéré, non opéré, traité par la radiothérapie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 236.)

T. hat neuerdings seit seiner letzten Mitteilung 15 Fälle von Epitheliomen mit Röntgenstrahlen behandelt: 9 ulzerierte Brustkrebse, 5 des Gesichtes und 1 der Vulva. Die letztgenannten 6 Fälle heilten. Bei den Brustkrebsen unterscheidet T. die Fälle mit und ohne Ulzeration. Bei den ersteren vernarbt die Ulzeration unter dem Einfluß der Röntgenstrahlen, die Schmerzen lassen nach, und die Geschwulst verkleinert sich; bei den nicht geschwürigen Brustkrebsen erzielt man nur eine geringe Verminderung ihres Umfanges. Dann soll man sie operieren und nach der Wundheilung sogleich mit Röntgenstrahlen weiter behandeln; T. hält diese Nachbehandlung für unerläßlich. **Reichel** (Chemnitz).

54) **J. Parquier.** A case of hypertrophy of the mammary glands.

(Lancet 1905. July 8.)

Verf. berichtet über einen Fall von doppelseitiger enormer Brustdrüsenhypertrophie bei einer 35jährigen Pat.; die Krankheit war im Laufe von 18 Monaten entstanden. Die Maße der Brüste waren: rechts: Durchmesser 46 cm, Umfang 94 cm, links: 42 cm und 85 cm. Die rechte Brust, in Wasser getaucht, verdrängte 15 Liter, die linke 11 Liter. Beide Brüste wurden nacheinander exstirpiert, die rechte wog 13 kg, die linke 10 kg. Es handelte sich pathologisch-anatomisch um chronische fibröse Mammitis (Delbet) und diffuses Fibrom der Mamma (Duplay). Die Prognose derartiger Fälle ist immer ernst, der Tod kann durch eine Art Marasmus oder durch örtliche Komplikation: Gangrän, Abszedierungen usw., eintreten. Die rationellste Therapie ist nach Verf., wie der Erfolg hier beweist, die Exstirpation. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

55) **v. Hart.** Zur Kasuistik der Penisverletzungen.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1905. Nr. 6 u. 7.)

Neben einigen nur ganz kurz erwähnten Fällen sind drei Beobachtungen von Schnittwunden des Penis von Interesse. In zweien derselben handelte es sich um eine Schnittwunde, welche fast $^2/_3$ des Penis quer durchtrennt hatte; die Harn-

röhre war nicht verletzt; nach exakter Naht des Septums, der Tunica albuginea und der Haut trat glatte Heilung ein. Im dritten Falle war auch die Harnröhre durchtrennt, die beiden Teile des Penis hingen nur durch einen schmalen Hautstreifen und einen ganz kleinen Teil des linken Schwellkörpers zusammen; Naht der Harnröhre und Vereinigung der übrigen Teile brachte nach vorübergehender Bildung einer Harnröhrenfistel völlige Heilung.

Die Fälle widerlegen die Ansicht Boyer's, Nélaton's u. a., welche bei Durchschneidung von $^2/_3$ der Corpora cavernosa zur Amputation rieten, da fast immer Gangrän eintrete. **Haeckel** (Stettin).

56) **Negroni und Zoppi.** Über Elephantiasis lymphorrhagica des Penis und des Skrotum infolge narbiger Unterbrechung der inguino-cruralen Lymphbahnen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 1.)

Die Arbeit enthält die Krankengeschichte eines 23 Jahre alten Mannes, bei welchem nach Zerstörung der Leistendrüsen durch Abszedierung elephantiastische Veränderungen am Penis und Skrotum auftraten. Ursache dieses pathologischen Prozesses ist die Verhinderung der Aufnahme von Lymphe, welche von den äußeren Geschlechtsteilen her ihren Abfluß sucht. Auf Grund des Krankheitsbildes und des mikroskopischen Befundes von Schnitten der Vorhaut ist der vorliegende Befund als einfache, in Gemeinschaft mit Bindegewebshyperplasien und Sklerosevorgängen bestehende Lymphangiektasie anzusehen, bei der es sich nicht um eine echte Neubildung von Lymphgefäßen, wie bei den erworbenen Lymphangiomen handelt. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

57) **Carabelli.** La cura della ipertrofia della prostata coi ruggi X.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1905. Nr. 73.)

Die Erfolge der Röntgentherapie bei leukämischer Milz sowie bei Geschwülsten, die C. auf eine primäre Schädigung der Gewebszellen zurückführt, haben ihn veranlaßt, auch die hypertrophische Prostata mit Röntgenstrahlen zu behandeln. Er wandte dieselben in zwei Fällen vom Damm aus an unter Schutz der Schenkel, des Hodensackes usw. mit Bleischirm, und zwar bei 20—25 cm Röhrenabstand, erst täglich oder jeden zweiten Tag, später noch alle 14 Tage einmal. In einem Falle, in dem bloß subjektive Symptome, Schwere im Damm bestanden, wurden diese behoben, und der Harnstrahl wurde stärker. In einem zweiten Falle sank der Residualharn von 200 auf 10 ccm. Die Resultate waren nach einem Jahre noch erhalten. **Dreyer** (Köln).

58) **Muscatello.** Zur Radikalbehandlung der Blasenektopie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

Verf. glaubt, daß von allen Operationen zur Heilung einer Blasenektopie nur diejenigen in Frage kommen, welche den Harn nach dem Darm ableiten und durch Benutzung des Sphincter ani zur Erzielung von Kontinenz den Pat. vom Gebrauch einer Prothese unabhängig machen. Vor allen Dingen kommt demnach die Maydl'sche Methode der Einpflanzung des Harnleiter mit dem Trigonum in den Mastdarm in Betracht. Allein die Mortalität dieses Eingriffes ist eine große, und aus einer Zusammenstellung der einschlägigen Veröffentlichungen in der Literatur geht hervor, daß es die Niereninfektion durch aufsteigende Entzündung der Harnwege ist, welche diese hohe Sterblichkeit bedingt. M. stellt die verschiedenen Modifikationen zusammen, die man zur Vermeidung dieser tödlichen aufsteigenden Infektion ersonnen oder auch schon angewendet hat und veröffentlicht selbst die Krankengeschichte eines Falles, bei dem er selbst zum erstenmal am Lebenden derart verfahren ist, daß er nach partieller Ausschaltung des Colon sigmoideum das Trigonum mit den Harnleitern in die Kuppe des ausgeschalteten Darmstückes einnähte. Die Ausschaltung geschah in der Weise, daß das Colon

sigmoideum quer durchtrennt, die beiden Lichtungen verschlossen und eine seitliche Enteroanastomose zwischen oberem und unterem Abschnitt des durchtrennten Darmes hergestellt wurde. Durch diesen Eingriff bleibt der Endteil des aboralen Abschnittes von der Kotbahn ausgeschlossen, so daß seine Höhle zum Durchgang für den Harn benutzt werden kann. M. glaubt, daß sein Verfahren vor denen von Gersuny und Borelius angegebenen wegen der Einfachheit, leichteren Ausführbarkeit und wegen des dauernden Schutzes vor der Kotsäule große Vorzüge hat. Der Erfolg bei seinem Operierten war ein vorzüglicher.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

59) **Krönlein** (Zürich). Über Nierengeschwülste.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905. Nr. 13.)

K. hat in 20 Jahren 79 Nephrektomien gemacht, davon 43 wegen Nierentuberkulose. Diese und die Hydronephrosen, Pyonephrosen und Echinokokkusfälle unberücksichtigt lassend, berichtet er über 23 Fälle von echten Nierengeschwülsten. Entsprechend dem Wandel in der pathologisch-anatomischen Auffassung der Nierengeschwulst finden wir unter seinem Material bis 1901 nur Karzinome, nach dieser Zeit nur Hypernephrome und Sarkome. Die Frage, ob die Hypernephrome als bösartige Geschwülste aufzufassen seien, läßt Verf. offen, neigt aber nach seinen klinischen Erfahrungen dazu, sie der Mehrzahl nach für bösartig zu halten. Als besonders bedeutsam stellt er zwei Sätze auf: »Ein Nierentumor kann sich entwickeln und längere Zeit bestehen, ohne seine Gegenwart anders zu verraten, als daß er schließlich durch seine Größe und Lage die Aufmerksamkeit des Kranken oder seines Arztes auf sich lenkt. Das Allgemeinbefinden kann die ganze Zeit ungestört, die Nierenfunktion nicht nennenswert alteriert sein.« Andererseits aber sei das Blutharnen, in der Art und Mächtigkeit freilich recht verschieden, ein Alarmsignal, daß kein Arzt einen solchen Pat. mehr aus den Augen lassen sollte. In 16 Fällen von 20 wurde Hämaturie beobachtet; sie braucht freilich nicht das erste Symptom zu sein, braucht nur einmal aufzutreten, kann sich aber auch mehr- oder vielfach wiederholen.

Zweimal beobachtete auch K. das Guyon'sche Symptom, rasches Entstehen einer Varikocele, vermutlich bedingt durch Verlagerung der Kompression der zugehörigen Vena spermatica int.

K. gibt dem extraperitonealen Flankenschnitt den Vorzug. Er hat bei Karzinom 2 Dauererfolge von 20 und 5 Jahren (ohne Rezidiv), bei Hypernephrom 3 Dauererfolge von 11, $2^3/_4$ und $2^1/_2$ Jahren, bei polycystischer Geschwulst eine Dauerheilung von $6^3/_4$ Jahren. Im unmittelbaren Anschluß an die Operation starb nur 1 Pat. von den 20 wegen Geschwulst, zwei von den wegen Nierentuberkulose Operierten.

Stolper (Göttingen).

60) **E. Schlesinger.** Blutgefäßendotheliom, entstanden auf dem Boden von Hämorrhoiden.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXX. p. 515.)

Bei einer 71jährigen sonst gesunden Frau, die seit Jahren an Hämorrhoiden litt, hatten sich kranzförmig angeordnet um den After herum 5 hasel- bis walnußgroße, harte, unebene, ulzerierte Geschwülste gebildet, die der Haut-Schleimhautgrenze mit breitem Stiel aufsaßen. Die mikroskopische Untersuchung der exstierpierten Geschwülste ergab, daß an zahlreichen Stellen der Geschwulst sich eine Proliferation der Blutgefäßendothelien der Submucosagefäße nachweisen ließ; und zwar fanden sich einzelne Gefäße mit gerade beginnender Wucherung, während bei anderen bereits eine Obliteration durch die gewucherten Endothelien eingetreten war; an mehreren Stellen hatten die Endothelien endlich schon die Gefäßwand durchwachsen und wucherten in das benachbarte Gewebe hinein. Die genaueren histologischen Details sind im Original nachzulesen.

Doering (Göttingen).



61) **Fontoynont.** Rupture traumatique d'une rate palustre compliquée d'écrasement de la queue du pancréas, chez une femme malgache. Splénectomie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 26.)

F. hatte Gelegenheit, in einem Falle traumatischer Milzruptur die Splenektomie schon 2 Stunden nach der Verletzung ausführen zu können. Pat., eine 28jährige Frau, hatte einen Stoß mit einer Deichsel in die linke Seite erhalten, war bald nachher bewußtlos zusammengesunken und wurde mit den Zeichen schwerster innerer Blutung ins Krankenhaus gebracht. Der Leib war hart, gespannt, aber ungleich voluminös; das Hypogastrium und beide Fossae iliacae wölbten sich vor, wie in einer Schwangerschaft. Die Laparotomie zeigte in diesen Gegenden enorme Mengen flüssigen und geronnenen Blutes. Die Milz, infolge vorausgegangenen Wechselfiebers geschwollen und durch Verwachsungen am Zwerchfelle befestigt, war zum Teil geborsten; außerdem war das Ende des Pankreas in 2—3 cm Länge zerquetscht. Unter Abklemmung des Stieles mit liegen bleibenden Klammern wurde die Milz exstirpiert. Tamponade. Entfernung der Klammern am 3. Tage. Heilung nach vorübergehender Pankreasfistelbildung, sonst ohne Störung. Auffallend war, daß im Blute schon am 3. Tage nach der Splenektomie außer starker Vermehrung der Leukocyten eine sehr bedeutende Zahl kernhaltiger roter Blutkörperchen gefunden wurden. **Reichel** (Chemnitz).

Nachtrag zu dem Bericht über den Chirurgenkongreß.

Da dem Ref. Herrn Dr. Jaffé der Vortrag des Herrn Prof. Ceccherelli über Appendicitis unverständlich geblieben war und er deshalb darüber nicht berichten konnte, ist der Vortr. so liebenswürdig gewesen, nachträglich einen Selbstbericht einzusenden, der hiermit folgt; er gehört eigentlich auf p. 53 des Kongreßberichtes.

(Red.)

Der Fall der Heilung der Appendicitis interessiert in sehr hohem Grade den Chirurgen, nicht sowohl in bezug auf die Technik der Operation, als vielmehr den richtigen Augenblick für sie. In der großen Anzahl der von mir geheilten Fälle von Appendicitis, seien diese kompliziert gewesen oder nicht, habe ich mir einen genauen Plan meiner Behandlung gemacht, von dem ich nicht abweiche.

Die absolute Basis der Heilung einer Appendicitis liegt in dem Grundsatze, daß keine radikale Heilung zu erzielen ist, wenn man nicht die Appendicektomie unternimmt.

Dies ist um so notwendiger, als auch in den Fällen, in welchen typhlitische und perityphlitische Läsionen vorherrschen, die Appendicitis, wenn sie diese auch nicht produziert hat, doch sie erhält. In den von mir ausgeführten Operationen habe ich die Appendicektomie bald leicht, bald schwierig, bald unmöglich gefunden, was immer von der Ausdehnung der Appendicitis abhängt, deren Größe eine Verletzung der Gedärme verursachen kann, eine Verletzung, die schwer zu heilen ist. Diese Schwierigkeit habe ich in geringem Maße angetroffen, wenn ich bei frischem Zustande operierte oder auch in später Zeit. Sehr groß war die Schwierigkeit, wenn ich gezwungen war, in den intermediären Perioden zu operieren, nämlich dann, wenn

mehr die Komplikationen als die Symptome der Appendicitis mich zum Operieren zwangen. Der logische Schluß von allem diesem ist, daß der Chirurg bei frischem Zustand operieren soll, wenn es ihm irgendmöglich ist, weil er weniger Schwierigkeiten entgegen geht und mit viel größerer Sicherheit eine radikale Heilung erreichen kann. Wenn er zu warten gezwungen ist, soll er erst nach vollständiger Rückbildung der Entzündung operieren, wobei allerdings nicht ausgeschlossen ist, daß gefährliche Komplikationen eintreten können. Ich muß hinzufügen, daß wenn nach abgelaufenem akuten Stadium operiert werden muß, es wünschenswert ist zu warten, bis vorher die Exsudate, die sich etwa gebildet haben, verschwunden sind. Zu diesem Zwecke ist bei den verschiedenen Behandlungen als die beste aufsaugende die Anwendung des Jod zu wählen, und vor allem die beste in dieser Art, wie ich durch Erfahrung wahrgenommen habe, die Jodbehandlung in Bädern, wie sie in Salsomaggiore vorgenommen wird.

Sind einmal die Exsudate verschwunden, so ist damit nicht gesagt, daß die Operation unnötig geworden ist, weil der Feind in der Appendicitis lauert, die durch Wegnahme der Appendix zu beseitigen ist.

Findet man beim Operieren Schwierigkeit in der Entfernung des Wurmfortsatzes, so habe ich es für besser befunden, dieselbe zu unterlassen, weil, wenn der Darm zerreißt, die Nähte nicht halten, sich vielmehr sehr oft Kotfisteln bilden, die jeder Behandlung widerstehen. Ich glaube, deshalb ist es besser, eine unnötige Operation, die ungefährlich ist, auszuführen, als eine komplizierte gefährliche Operation; daher meine Empfehlung der Frühoperation.

Es ist dies das gleiche Problem und die gleiche Lösung wie bei den Fällen von Brucheinklemmung oder Darmverschluß, in welchen Fällen es besser ist, gleich zu operieren, auch wenn es sich hinterher herausstellt, daß die Operation hätte vermieden werden können. Meine Ausführungen zusammenfassend bin ich für die Operation im akuten Zustande, sobald die ersten Symptome der Appendicitis auftreten. Jedesmal soll dann der Wurmfortsatz weggenommen werden. Wenn dies nicht möglich ist, operiert man später, nachdem die Exsudate von selbst oder mit Hilfe von resolvierenden Mitteln verschwunden sind.

Man operiere in der zwischenliegenden Periode dann, wenn Komplikationen erscheinen; aber dies ist ohne Zweifel die gefährlichste Periode. In diesem Falle kann der Chirurg mit Dieulafoy übereinstimmen, welcher behauptet, daß man an der Appendicitis nicht stirbt, und mit Gussenbauer, welcher schrieb, daß man um das Leben des Pat. und nicht den Wurmfortsatz besorgt sein müsse.

A. Ceccherelli.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 39. Sonnabend, den 30. September. 1905.

Zur Behandlung des Angioma arteriale racemosum der Schädeldecken.

Von

Prof. Dr. **Ali Krogius,**

Direktor der chirurgischen Universitätsklinik in Helsingfors (Finnland).

Die Behandlung der großen Rankenangiome der Schädeldecken ist von jeher zu den schwierigsten Aufgaben der Chirurgie gerechnet worden. Die methodische Kompression, sowie die Unterbindung der

zuführenden Gefäßstämme haben sich als unwirksam erwiesen. Die Kauterisationen sind, nach Abstoßung des Brandschorfes, von lebensgefährlichen Blutungen gefolgt. Die Injektionen von Ferrum sesquichloratum, Alkohol usw. sind keineswegs ungefährlich und beanspruchen im besten Falle bis zur vollständigen Heilung eine sehr geraume Zeit (in Lieblein's Falle 6 Jahre). Schließlich ist die Exstirpation mit dem Messer bei allen etwas größeren Rankenangiomen der Schädeldecken eine wegen der kopiösen Blutung mit Recht sehr gefürchtete Operation und hinterläßt dazu noch einen Hautdefekt, der nur durch ausgiebige plastische Operationen gedeckt werden kann.

Als neulich ein derartiger Fall in meine Behandlung kam, suchte ich daher nach einem anderen, ungefährlichen und möglichst schnell wirkenden Mittel zur Heilung des lästigen und gefährlichen Leidens. Ich fand ein Mittel, das sich wenigstens in diesem Falle als praktisch und wirksam erwies, in der Anlegung einer kontinuierlichen Reihe von subkutanen Ligaturen in der ganzen Peripherie der Geschwulst. Diese Ligaturen brachten, ohne im geringsten die Vitalität der Haut zu gefährden, die erweiterten Gefäße zur Verödung und führten dadurch in einfacher Weise das vollständige Verschwinden des Angioms herbei.

Die Krankengeschichte meines Falles ist folgende:

L. S., 16jähriges Mädchen, wurde am 10. März d. J. in die chirurgische Klinik zu Helsingfors aufgenommen. Vor 5 Jahren beobachtete Pat. an der linken Seite des Kopfes eine erbsengroße, weiche, bläuliche Geschwulst, die ohne nachweisbare Ursache entstanden war und sich seitdem allmählich über den ganzen unteren Teil der linken Kopfseite ausgebreitet hatte. Zweimal ist aus derselben eine ziemlich reichliche Blutung erfolgt. Dieselbe hat keine Schmerzen verursacht, aber Pat. ist von einem Gefühle von Pulsation in der entsprechenden Gegend belästigt gewesen. Status praesens: kräftig gebautes Mädchen von gesundem Aussehen. Innere Organe gesund. An der linken Seite des Kopfes sieht man eine flach erhabene, unebene Geschwulst, welche die ganze Temporalregion sowie die angrenzenden Teile der Parietal- und Occipitalregion einnimmt; die größte Breite derselben beträgt ca. 17 cm, die Höhe ca. 11 cm. Dieselbe ist von einer verdünnten, bläulichen Haut bedeckt, die an der Mitte einige kleine blasenförmige Gebilde aufweist. Die Geschwulst, die aus erweiterten Gefäßstämmen zu bestehen scheint, zeigt sehr starke Pulsation und bei der Auskultation ein deutliches Schwirren; durch Druck läßt sie sich vollständig komprimieren. An der Peripherie der Geschwulst fühlt man die A. temporalis superficialis, frontalis und occipitalis zu bleistiftdicken, stark pulsierenden Strängen erweitert.

Operation am 16. März. Von der Gegend vor dem Tragus beginnend wird eine Serie von subkutanen Catgutligaturen um die Peripherie des Angioms herum bis zum hinteren Umfange des Ohres angelegt (nur an der oberen Umrandung des Ohres wurden keine Ligaturen angelegt, was ich als einen Fehler anerkennen muß). Nach der Operation entstand eine ansehnliche Schwellung der linken Kopfhälfte; aus einigen Stichkanälen fand unbedeutende eitrige Sekretion statt. Nach der Abschwellung konstatierte man eine beträchtliche Abnahme der Geschwulst, so daß die erhabene und pulsierende Partie nur noch ca. 9 cm breit und 7 cm hoch war. Um diese Partie herum wurde nun am 4. April eine neue subkutane Ligaturreihe angelegt. Danach verkleinerte sich das Angiom noch weiter, so daß es am 29. April, als ich die Pat. der Finnländischen Gesellschaft der Ärzte vorstellte, nur noch etwas mehr als 5markstückgroß war. Aber dieser letzte, schwach pulsierende

Rest der Geschwulst, gerade oberhalb des Ohres gelegen, erwies sich als sehr hartnäckig. Ich behandelte ihn am 4. Mai abermals mit Ligaturen, ohne aber die Pulsation zum Verschwinden zu bringen, so daß ich annahm, es möchte eine Zufuhr von Blut auch durch den Schädel hindurch stattfinden, und zwei verschiedene Male versuchte, mit einem kleinen durch eine kleinste Hautinzision eingeführten Häkchen die Gefäße zu zerreißen und das Angiom dadurch zur Schrumpfung zu bringen; aber ohne Erfolg. Schließlich entdeckte ich, bei genauerer Untersuchung, daß vom oberen Umfange des Ohres her ein ziemlich dickes, pulsierendes Gefäß zur angiomatösen Stelle verlief. Ich legte dann, am 2. August, noch eine Reihe von Ligaturen um die letzterwähnte Partie an, wobei ich mit ganz besonderer Sorgfalt an deren unterer Peripherie vorging; danach hörte die Pulsation auch in diesem letzten Reste des Angioms auf. Als Pat. am 15. August die Klinik verließ, konstatierte man nur noch an dieser Stelle eine Verdickung der Haut. An den übrigen Stellen hatte die Haut schon ein ganz normales Aussehen angenommen, zeigte einen üppigen Haarwuchs und hatte sich an den Schädel dicht angelegt. Nirgends konnten Pulsation oder andere Zeichen des früheren Angioms nachgewiesen werden.

Bezüglich der technischen Details des von mir angewandten Operationsverfahrens will ich noch folgendes anführen.

Zur Anlegung der Ligaturen benutzte ich zwei gestielte Nadeln nach Lamblin (mit beweglicher Zunge), eine weniger und eine stärker

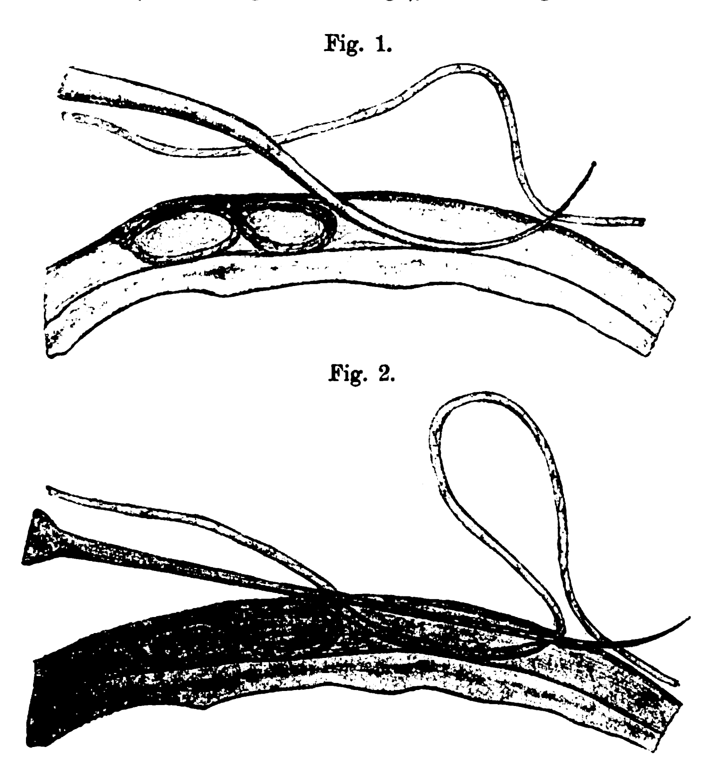


Fig. 1.

Fig. 2.

gekrümmte. Die stärker gekrümmte Nadel wird zuerst durch die Haut bis zum Knochen eingestochen und dann längs dem letzteren ein Stück weiter geführt, um zuletzt durch die Haut wieder aus-

gestochen zu werden (vgl. Fig. 1). Nach Einfädelung eines starken Catgutfadens wird die Nadel herausgezogen. Durch dieselbe Einstichsöffnung wird sodann die weniger gekrümmte Nadel dicht unterhalb der Haut zur Ausstichsöffnung hinausgeführt (vgl. Fig. 2), das eine Ende des Catgutfadens eingefädelt und die Nadel herausgezogen. Die beiden Enden des Fadens kommen somit durch dieselbe Öffnung heraus und werden hier geknotet. Die Blutung, welche durch den Stichkanal erfolgt, steht gewöhnlich sehr prompt nach der Knotung des Fadens; anderenfalls kann sie sehr leicht durch Kompression gestillt werden.

Die folgende Ligatur wird dann am besten so angelegt, daß ihre Einstichsöffnung noch diesseits der Ausstichsöffnung der vorigen zu liegen kommt, wodurch die Ligaturen gewissermaßen kettenförmig angeordnet werden.

Von solchen Ligaturen legt man nun um die ganze Peripherie des Angioms herum eine ununterbrochene Reihe an, um womöglich alle die abnorm erweiterten Gefäße abzubinden und dadurch ein Schrumpfen der Geschwulst herbeizuführen.

Wenn die erste Operation nicht von vollständigem Erfolge gekrönt wird, sondern nach derselben ein größerer oder kleinerer Teil des Angioms noch bestehen bleibt, kann man in einer späteren Sitzung um diese Partie herum einen zweiten, kleineren Ring von Ligaturen anlegen. Nötigenfalls kann dieses Verfahren noch weiter wiederholt werden, bis die letzte Spur der Geschwulst verschwunden ist.

Es ist offenbar für den Erfolg der Behandlung von der größten Bedeutung, daß in der Ligaturenreihe keine größere Lücke gelassen wird. In meinem Falle bemühte ich mich im Anfang nicht um eine wirkliche kettenförmige Anordnung der Ligaturen. Auch beging ich den Fehler, daß ich die obere Umrandung des Ohres unligiert ließ. Dies war offenbar daran Schuld, daß sich im Zentrum der Geschwulst die Pulsation so hartnäckig erhielt, und daß die schließliche Heilung des Falles so viele Operationen erheischte. Aber solche Fehler können in der Zukunft leicht vermieden werden.

Die subkutane Ligatur stellt ja an und für sich keine neue Methode dar, sondern ist schon mehrfach in der Chirurgie zu verschiedenen Zwecken angewandt worden. Unter anderem hat Prof. Carl Beck[1] in Neuyork neulich gewöhnliche Angiome durch eine derartige Methode behandelt, indem er eine fortlaufende Catgutnaht zickzackförmig abwechselnd unter der Haut und der Basis des Angioms herführte, so daß der Schlußpunkt der Naht mit dem Anfangspunkte wieder zusammenfiel und die Naht dann anzog und knotete. Derselbe Autor[2] sowie Stierlin[3] haben sich weiter bei Ranken-

[1] Carl Beck, A simple method of treatment of haemangioma. Journ. of the amer. med. assoc. 1903. December 26. (Zentralbatt für Chirurgie 1904. p. 455.)

[2] Carl Beck, Durch Operation geheilter Fall von Angioma racemosum. New York med. Monatsschrift 1903. Dezember.

[3] Stierlin, Zur Kasuistik der Aneurysmen und des Angioma arteriale racemosum. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1901. Bd. LX.

angiomen der perkutanen Umstechung der Umrandung der Geschwulst zur prophylaktischen Blutstillung bei deren Exstirpation bedient. Eine Methode, welche, wie die von mir hier oben beschriebene, darauf hinzielt, das Angioma racemosum durch methodisch um seine ganze Peripherie angelegte subkutane Ligaturen zur Heilung zu bringen, habe ich indessen in der mir zugänglichen Literatur nicht angegeben gefunden.

Da nun diese Methode sehr einfach ist und auch keine besondere Gefahr in sich birgt, und da sie sich bei einem ziemlich ausgedehnten Rankenangiom als wirksam erwiesen hat, dürfte ich es wohl wagen, dieselbe zur Nachprüfung in entsprechenden Fällen zu empfehlen.

---

1) **E. v. Bergmann.** Über Krankheiten, die dem Krebse vorangehen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

Auffallend oft entwickelt sich ein Karzinom auf großen nach Brandwunden entstandenen Narben. Bei der nach Paget bezeichneten Form des Karzinoms erkrankt meist zuerst die Warze, sie sinkt ein; dann breitet sich ein Ekzem, in welchem deutlich niedere Knoten zu erkennen sind, weiter über dem Warzenhof aus. Erkrankt nach längerer Zeit die Milchdrüse, so liegt zwischen dem Ekzem an der Warze mit dem Warzenhof und der unten erkrankten Milchdrüse ein gesundes Gewebe. An mehreren Stellen zugleich tritt das Karzinom im Anschluß an die Akne der Paraffinarbeiter auf. Schon früher bekannt war der Schornsteinfegerkrebs, ein Analogen zu dem Ruß- und Teerkrebs. Die Psoriasis linguae et buccalis, die nach v. B.'s Ansicht mit überstandener Syphilis nichts zu tun hat, kann Ausgangspunkt von Karzinomen werden.

Sowohl von Lupusnarben als auch aus frischer florider Lupuserkrankung kann sich Karzinom entwickeln, ebenso aus dem Xeroderma pigmentosum. Primäre Karzinome der Extremitäten ohne vorangegangene Störungen der Haut — Narben, Fistelgänge, Geschwürsbildungen, Ekzeme, Sebarrhöen, Warzen und Mäler — gibt es nicht. Die Pigmentmäler geben häufiger zur Bildung eines Sarkoms als eines Karzinoms Veranlassung, aus dem Naevus pigmentosus verrucosus können Karzinome hervorgehen.

Langemak (Erfurt).

---

2) **P. G. Unna.** Über Pseudoparasiten der Karzinome.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 2.)

Die Jagd nach Krebsparasiten hat befruchtend gewirkt auf das Studium der Histopathologie des Karzinoms und des Epithels überhaupt. So fand Verf. eigentümliche Zelldegenerationen im Epithelgewebe, die den Eindruck von Parasiten erwecken; Verf. nennt sie vorläufig X-Zellen des Karzinoms (als Pendant der vom Verf. früher beschriebenen X-Zelle des spitzen Kondyloms). Es sind dies aus dem

Verband ihrer Nachbarzellen losgelöste Epithelien, die die Eigenschaft haben, zwischen den anderen Epithelien zu wandern, ihre Form zu verändern und selbst in andere Epithelien einzudringen. Diese Epithelabkömmlinge sind färberisch scharf gekennzeichnet und erwecken den Eindruck von parasitären Gebilden. Verf. schildert eingehend die färberische Darstellung und die Unterscheidung von den hyalinen Bildungen der Haut, deren Wiedergabe sich zu einem kurzen Referat nicht eignet. An mehreren farbigen Tafeln werden die X-Zellen dargestellt, deren Ähnlichkeit mit den vielfach anderweitig abgebildeten Parasiten unverkennbar ist. **K. Schultze** (Bonn).

---

3) **H. Coenen.** Über Endotheliome der Haut.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

Viele Geschwülste, welche früher als Endotheliome gegolten haben, werden heute anders beurteilt. Auch die Endotheliome des Gesichts werden schon von einer Reihe von Autoren dieser Gruppe nicht mehr zugerechnet. Borrmann, der über ein großes diesbezügliches Material verfügte, glaubt, daß die in Rede stehenden Geschwülste aus kongenital verlagerten Basalzellen entstehen, die entweder durch den Schluß der fötalen Gesichtsspalten oder bei der Bildung der Hautdrüsen und Haarbälge in das Corium verlagert würden. Dieser Gedankengang erscheint auch einleuchtend. Normalerweise macht ja die Keimschicht des Hautepithels in das darunterliegende Corium Einstülpungen, aus denen sich die Anhangsorgane der Haut, die Talg- und Schweißdrüsen sowie die Haarbälge entwickeln. Tritt in dieser Entwicklung eine Störung ein, schnürt sich z. B. eine solche Epitheleinstülpung oder ein Teil derselben ab, so gelangt auf diese Weise ein Epithelkeim ins Corium, der nicht mehr mit dem Epithel der Keimschicht der Epidermis in Zusammenhang steht. Je nachdem dieser Epithelzapfen noch nicht differenziert war oder schon die Differenzierung zu Drüsenzellen oder Haarbalgepithel durchgemacht hat, wird die Wucherung den Charakter der Basalzellen oder den Typus der Drüsenzellen oder des Haarbalgepithels darbieten. Eine Reihe derartiger Geschwülste beschreibt Verf. klinisch wie mikroskopisch und kommt ebenfalls auf Grund seiner Beobachtungen und Studien zu dem Schluß, daß die meisten als Endotheliome der Gesichtshaut beschriebenen Geschwülste keine Endotheliome, sondern Epitheliome sind und aus kongenital verlagerten Zellen der Keimschicht des Rete Malpighi entstehen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

4) **v. Hansemann.** Die Beziehung gewisser Sarkome zu den Angiomen.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 2.)

Verf. bespricht eingehend die Histogenese klinisch sehr interessanter Geschwülste, die, an der Grenze zwischen Bösartigkeit und Gutartigkeit stehend, die charakteristische Eigenschaft haben, nach langen Zeiträumen zu rezidivieren. In der Mehrzahl ist die Geschwulst-

form angeboren, tritt in den ersten Lebensjahren in Erscheinung. Nach der Exstirpation bezw. Absetzung des Gliedes — es handelt sich meist um Finger oder Zehen — treten erst nach Jahren oder Jahrzehnten Rezidive auf, die teils harmloser, teils bösartiger Natur sind und selbst zu generalisierter Geschwulstinvasion führen können. Meist wurden die Geschwülste histologisch für Sarkome gehalten oder unter die Angiome und auch unter die Endotheliome gerechnet, und sind als solche bekannt. Alle diese Namen haben für solche Geschwulstform ihre Berechtigung, tragen aber einer präzisen histogenetischen Bestimmung nicht genügend Rechnung. An der Hand zahlreicher Figuren weist Verf. nach, daß die Geschwulstform angiomatöser Art ist, aus deren Gefäßzellen sich ein Sarkom entwickelt, wobei einmal die Lymphbahnen, einmal die Blutbahnen beteiligt sind. Mit Rücksicht auf diese Entstehung schlägt Verf. den Namen Sarcoma angioplasticum vor. Die Entstehung aus zunächst gutartigen Lymph- und Hämangiomen gebietet auch diesen Geschwülsten gegenüber eine energische Therapie. **K. Schultze** (Bonn).

---

5) **Ribbert.** Über den Pagetkrebs.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 31.)

Der Pagetkrebs ist kein primärer Hautkrebs. Die in der Epidermis gefundenen Zellen sind nicht metamorphosierte Plattenepithelien, sondern lediglich vorhanden als Ausdruck eigenartiger Wachstumsvorgänge eines unabhängig von der Haut in der Tiefe des Gewebes entstandenen Karzinoms. Die Ausbreitung erfolgt nicht in geschlossenen Epithelverbänden, sondern durch eine ungewöhnlich ausgedehnte intraepidermoidale Wanderung einzelner Zellen. **Borchard** (Posen).

---

6) **Craig** and **Ellis.** An experimental and histological study of Cargile membrane.

(Annals of surgery 1905. Nr. 6.)

Unter Cargile's Membran versteht man eine aus dem Peritoneum eines Ochsen präparierte goldschlägerplättchendünne Membran, welche nach Cargile zur Bedeckung rauher Flächen des Bauchfells bei Laparotomien dienen sollte, um Verklebungen zu vermeiden. Zuerst machte Morris mit dieser Haut an Ratten Versuche, C. und E. prüften diese Versuche nach, wozu sie sowohl mit der chromisierten wie unchromisierten Membran an Hunden experimentierten. Auch zum Ersatz der Dura sollte diese Membran dienen, doch schlugen in solcher Art bei den Hunden von den Verff. vorgenommene Versuche völlig fehl. Verff. kamen nach Überpflanzungen in die Bauchhöhle zu folgenden Schlüssen: 1) Die längste Zeit, bis zu welcher die Membran unverändert gesehen wurde, betrug 14 Tage, die früheste Zeit, innerhalb welcher sie resorbiert wurde, war der dritte Tag. 2) In Muskeln, Sehnen oder Nerven eingepflanzt wurde sie erheblich schneller resorbiert. 3) Chromisiert hielt sich die Haut länger als unchromi-

siert. 4) Auf Flächen, welche der Peristaltik ausgesetzt waren, blieb die Membran nur haften, wenn sie angenäht war. 5) Die Membran ist nicht imstande, Verklebungen in der Peritonealhöhle zu vermeiden, vielmehr schien sie irritierend zu wirken. 6) Die Substanz kann aber zur Einbettung von Sehnen und Nerven, welche in traumatischen Geweben liegen, zu dem Zwecke dienen, um Verwachsungen dieser Gebilde zu vermeiden. 7) Bei Operationen in der Schädelhöhle zum Ersatz der Dura kann nur die chromisierte Haut in Betracht kommen, da die unchromisierte wegen ihrer Glätte zu schlecht zu handhaben ist. 8) Die Zerstörung der Substanz erfolgt durch Auffaserung und Einwanderung von Zellen aus der Umgebung in dieselbe.

Herhold (Altona).

---

7) **W. Cannon.** Recent advances in the knowledge of the movements and innervation of the alimentary canal.

(Med. news 1905. May 20.)

Die Speiseröhre teilt Verf. in einen Hals- und Brustabschnitt ein. Die peristaltische Welle des letzteren bleibt hinter der ersteren um die Hälfte zurück. Trotzdem konnte ein Stocken der Passage nicht beobachtet werden.

Eine Erschlaffung der Cardia in Intervallen von 1—2 Minuten konnte $^1/_2$ Stunde lang nach der Nahrungsaufnahme gefunden werden, wobei in den unteren Teil der Speiseröhre Mageninhalt übertritt, um aber sofort wieder zurückzukehren. Verf. hält diesen Vorgang für normal und führt ihn auf Gärungsprozesse und Gasbildung zurück.

Über dem Pylorusteile des Magens will Verf. auskultatorisch bei mit Luft verschluckter Nahrung ein alle 20 Sekunden auftretendes Geräusch nachgewiesen haben, welches der Peristaltik dieses Abschnittes entspreche.

Im Dünndarme geschieht die Weiterbeförderung ebenfalls durch peristaltische Wellen, welche jedoch seltener auftreten.

Die vornehmlichste Bewegung, welche Verf. »rhythmische Segmentation« benennt, dient nur zur gehörigen Durchmischung des Inhaltes. Diese Tätigkeit will Verf. gleichfalls mit dem Stethoskop alle 7—8 Sekunden nachweisen können.

Die Ileocoecalklappe faßt er als einen Sphinkter auf.

Der proximale Teil des Kolon führt antiperistaltische Bewegungen aus, welche Verf. mit Röntgenstrahlen nachwies. (Wichtig für die Appendicitisfrage. Ref.)

Was das Überlaufen von Dickdarminhalt in den Dünndarm anlangt, so konnte Verf. nachweisen, daß flüssiger und breiiger Inhalt nicht passierten, wohl aber, daß dicker Brei beim Ausfüllen des ganzen Kolon durch Antiperistaltik zum Durchtritte durch die Bauhin'sche Klappe gebracht werden konnte.

Bei psychischen Affekten, wie Angst, konnte Verf. 1 Stunde lang ein Stocken der Peristaltik an sämtlichen Darmabschnitten erkennen.

Weitere interessante Einzelheiten müssen im Originale nachgesehen werden. **Hofmann** (Bonn).

---

8) **H. M. Taylor.** Intestinal perforation in typhoid fever.
(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Nr. 8.)

Eine Aufforderung an die Kollegen, bei Typhusperforationen sofort zu operieren, auch bei primitiven Verhältnissen auf dem Lande. In den Vereinigten Staaten allein sterben nach T.'s Berechnung jährlich 15000 Typhuskranke an Perforationen; von diesen könnte bei früher Diagnose und raschem Eingriff gut die Hälfte gerettet werden. Statt dessen war vor 2 Jahren erst über 352 operierte Fälle auf der ganzen Erde berichtet. Es scheint, daß eine Beschränkung des Eingriffes auf Versorgung der Perforation ohne zu energische Reinigung der Bauchhöhle die besten Erfolge gibt. **Lengemann** (Bremen).

---

9) **Pólya.** Zur Pathogenese der primären Typhlitis.
(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 22.)

Auf Grund dreier mitgeteilter Operationsgeschichten glaubt P. der spezifischen geschwürigen und der sterkoralen Form der Typhlitis als dritte jene typhlitische Perforation anrechnen zu können, welche infolge von Zug am Blinddarm durch den abnorm fixierten Processus vermiformis entsteht. Ref. hat aus der Mitteilung nicht die Überzeugung gewinnen können, daß die geschilderten Krankheitsbilder nicht unter die Perityphlitis zu rechnen sind. **Borchard** (Posen).

---

10) **F. C. Bottomley.** The causes of appendicitis.
(Practitioner 1905. June. p. 827.)

Nach Aufzählung der verschiedenen Bakterien, welche eine Appendicitis hervorrufen können, unter denen das Bakterium coli an erster Stelle zu nennen ist, weist Verf. darauf hin, daß bis zum 30. Lebensjahre etwa der Wurmfortsatz sehr viel lymphoides Gewebe enthält und deshalb, ähnlich wie die Mandeln, leicht zu Infektionen neigt, zumal im Blinddarm stets reichliche Mengen Bakterien vorhanden wären. Ähnlich wie Treves glaubt B., daß in dem Aufstauen nicht genügend zerkauter und unverdauter Speisen im Dickdarm ein Hauptgrund für die Entstehung der Appendicitis zu suchen sei. Verstopfung hält Verf. nicht für eine Ursache dieser Krankheit, da Appendicitis bei Männern drei- bis viermal so häufig auftrete wie bei weiblichen Individuen, welche bekanntlich mehr an Verstopfung litten und auf Abführmittel angewiesen wären. **Jenckel** (Göttingen).

---

10) **C. Lauenstein** und **H. Revenstorf.** Wie ist die Entstehung der Blutungen in der Schleimhaut operativ entfernter Wurmfortsätze zu erklären? Insbesondere: Ist es wahrscheinlich, daß diese Schleimhautblutungen zurückzuführen sind auf die mechanischen Insulte des Wurmforsatzes und seines Mesenteriolums bei der Operation?

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII. p. 40.)

Fränkel, Prosektor des allgemeinen Krankenhauses Eppendorf, »verstieg sich« in einer wissenschaftlichen Diskussion auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Ausspruche, die an einer großen Anzahl von exstirpierten Wurmfortsätzen anzutreffenden Hämorrhagien seien ganz frisch und als Effekt des Abbindens aufzufassen. Verff. wenden sich gegen diese Ansicht, deren Unhaltbarkeit durch Prüfung der von L. bei 150 Appendicitisoperationen gewonnenen Erfahrungen dargetan wird. Erstlich wird die Fränkel'sche Behauptung dadurch unwahrscheinlich, daß der Wurmfortsatz, soweit er entfernt wird, bei Operationen weder mit Unterbindungspinzetten noch mit Ligaturmaterial in Berührung kommt. L. klemmt erst das Mesenteriolum, danach den Processus selber ab, wonach die Abtrennungen erfolgen — daß durch die Maßnahmen Blutungen entständen, ist wenig plausibel. Ferner wurden an den exstirpierten Wurmfortsätzen, falls überall Blutungen zugegen waren, solche immer nur in der Schleimhaut, niemals in der Serosa oder Subserosa nachgewiesen, was schlecht begreiflich erscheint, wenn wirklich die Abbindung der Blutungsgrund wäre. Endlich spricht die prozentuale Verteilungshäufigkeit der vorgefundenen Blutungen auf die verschiedenen Krankheitszustände des Processus, die seine Exstirpation veranlaßten, gegen die Fränkel'schen Behauptungen. Es ist also anzunehmen, daß die Blutungen durch die jeweilig bestehenden Krankheitszustände veranlaßt werden, und wahrscheinlich beruhen sie lediglich auf Entzündungsvorgängen. Unter 13 von R. genauer mikroskopisch untersuchten exstirpierten Fortsätzen fanden sich in fünf Fällen deutliche entzündliche Prozesse in der Darmwand.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

11) **Stanton.** The sequence of the pathologie. Changes in appendicitis.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. October 6.)

An 485 Wurmfortsätzen, die durch Operation gewonnen wurden, sind die sorgfältigsten makroskopischen und mikroskopischen Untersuchungen ausgeführt. S. hat die Befunde tageweise geordnet und so ein übersichtliches Bild vom Voran- und Zurückgehen der pathologischen Veränderungen gewonnen, welches sehr lehrreich ist.

Am 1. Tage fanden sich verhältnismäßig wenige grobanatomische Veränderungen, während histologisch die Durchsetzung aller Schichten

des Wurmfortsatzes mit polynukleären Leukocyten auffiel; auch fanden sich Blutungs- und Gangränherde, nicht allein in der allerdings am meisten betroffenen Schleimhaut, sondern auch in den anderen Darmwandschichten. Die Leukocyteninfiltration verdeckte letztere Veränderungen häufig am 2. Tage, wogegen grob sichtbare Gangrän- und Blutungsherde auftraten. Sonst waren die Veränderungen gegen den ersten Tag nur der Stärke nach verschieden. Am 3. Tage machte sich die fortschreitende Nekrosenbildung besonders bemerklich, die jetzt in größeren Flächen auftrat, zugleich aber begannen Heilungsvorgänge sich anzubahnen in Form von Fibroblastenansammlungen, die von der Serosa aus eindrangen und am 4. Tage schon zu Blutgefäßneubildungen auf der Serosa führten. Makroskopisch war kein nennenswerter Unterschied gegen den vorhergehenden Tag nachweisbar. Am 5. Tage waren die Heilungsvorgänge bei nicht gangränösen Fällen schon sehr deutlich, die jungen Blutgefäße sandten schon Ausläufer in die fibrinösen Auflagerungen der Serosafläche, während bei den gangränösen Fällen die Nekrose sehr ausgesprochen und ausgedehnt war. Am 5. Tag erreichte auch die Bildung flüssiger Exsudate, die immer mehr eitrigen Charakter vom Beginn an annahmen, den Höhepunkt mit 55,5% gegen 20% am 1. Tage. 6. Tag. Auch bei den Gangränfällen waren jetzt deutliche Herstellungsvorgänge nachweisbar, während bei den anderen schon junge Bindegewebsfasern sich bildeten, die Schleimhautgeschwüre meist verheilt waren. 7.—10. Tag. Die akuten Entzündungserscheinungen waren in diesem Stadium schon wesentlich geringer, neben den ausgesprochenen umschriebenen Abszessen fanden sich schon recht feste Verwachsungen; bei fehlender Eiterung war die makroskopische Veränderung gering, nur geringe katarrhalische Schleimhautveränderungen fanden sich in vielen Fällen. Histologisch zeigte sich das Fortschreiten der Bindegewebsneubildung; bei einer Anzahl fanden sich aber auch noch frische Nekrosenherde und frische Leukocyteninfiltration. 11.—15. Tag. Makroskopisch geringe Veränderungen; mikroskopische Bindegewebsneubildung innerhalb der Wandungen kennzeichneten dieses Stadium. Nur spärlicher, eingedickter Eiter, umgeben von dicken Bindegewebsmassen, war bei einzelnen Fällen vorhanden. 16.—30. Tag. Immer mehr machen sich die chronischen Formen geltend, gekennzeichnet durch Verwachsungen auf der Serosa und Vernarbung im Darmteile selbst.

Das wichtigste Ergebnis der Untersuchungen ist, daß gleich von vornherein, am 1. Tage des Anfalles, die Erkrankung nicht auf die Schleimhaut beschränkt, sondern durch alle Schichten des Wurmfortsatzes nachweisbar ist. Verf. kommt aus seinen Untersuchungen zu dem Schluß, daß alle so verschieden verlaufende Appendicitisanfälle nur durch die Unterschiede in dem Grade der Veränderungen bezw. durch die verschieden lange, seit dem Einsetzen der Erkrankung verflossene Zeit bedingt sind.

Trapp (Bückeburg).

---

13) **Boas.** Über die Diagnose und Therapie der chronischen Perityphlitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 27.)

B. unterscheidet zwei Formen der chronischen Perityphlitis. Die eine stellte die wiederholten Erscheinungen einer akuten Wurmfortsatzentzündung dar, die andere hat überhaupt niemals akut begonnen, sondern von vornherein einen chronischen Beginn gezeigt. Bei der ausführlichen Besprechung der Ätiologie und Diagnose dieser letzteren Form legt B. besonderes Gewicht auf die Druckempfindlichkeit am McBurney'schen Punkt, sowie regelmäßige, wochenlang durchgeführte Temperaturmessungen in der Achsel und im Mastdarm. Ein Unterschied, der 0,5 im Mastdarm wesentlich übersteigt, spricht für entzündliche Voranzeige im Becken und gegen einen Dickdarmkatarrh. Der Tastung des Wurmfortsatzes legt B., als zu Täuschungen geeignet, keine große Bedeutung bei. Mit einer gewissen Zurückhaltung stellt er den Satz auf, daß die chronisch sich entwickelnden Fälle auch chronisch bleiben. Durch die Exstirpation des Processus vermiformis wird der chronische Dickdarmkatarrh nicht beseitigt, aber die Ansichten der Behandlung eines chronischen Dickdarmkatarrhs sind wesentlich günstiger. Therapeutisch ist für die Fälle von chronischer Appendicitis, da eine Heilung der Veränderungen am Wurmfortsatze nicht stattfindet, die Operation das günstigste und sicherste Verfahren. In der sehr lebhaften Diskussion, den dieser Vortrag im Verein für innere Medizin hervorrief, sprachen Albu, Kraus, Karewski, Rosenheim. **Borchard** (Posen).

14) **Karewski.** Ursache, Verhütung und Behandlung des perityphlitischen Anfalles.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 20 u. 21.)

Der im Verein für innere Medizin in Berlin gehaltene Vortrag gipfelt in folgenden Sätzen. Die Enterokolitis ist die gewöhnliche Ursache der Appendicitis. Jeder Darmkatarrh ist als eine ernste Affektion zu betrachten. Seine sorgfältige Behandlung ist zur Verhütung des perityphlitischen Anfalles absolut nötig. Die physikalisch-medizinische Therapie hat aber schon bei ausgesprochener Appendicitis ihre Grenzen. Der perityphlitische Anfall kann nur mit dem Messer sicher bekämpft werden. **Borchard** (Posen).

15) **C. W. Strobell** (Rutland). A new method of performing appendicectomy.

(Amer. journ. of surgery 1905. April.)

Bei einer idealen Appendicektomie darf nach Verf. nichts unterbunden oder genäht, nur wirklich Krankes exstirpiert, die Möglichkeit einer postoperativen Blutung muß ausgeschlossen und die Operation in strengerem Sinne als bisher blutlos ausgeführt werden. S. macht — nur in Fällen, wo es möglich ist, und in Wirklichkeit hat er nur

einen Fall so operiert — einen Längsschnitt durch das Bauchfell des Wurmfortsatzes von der Spitze bis zur Basis an der dem Mesenteriolum abgewandten Seite, schält den Wurmfortsatz aus seiner Bauchfellhülle aus, amputiert ihn 1 cm vom Blinddarm entfernt, kauterisiert mit 5%iger Karbolsäure und Alkohol, dehnt den Stumpf, bringt einen Aluminiumring von 1 cm Durchmesser hinein, stülpt die Wandungen in diesen hinein und preßt nun den Ring zusammen, so daß der Stumpf geschlossen ist. Der Ring wird nach etwa einer Woche auf natürlichem Wege entleert. Um die Peritonealhülle des Wurmfortsatzes kümmert Verf. sich nicht. (Abgesehen davon, daß die Operation [das Hineinbringen des Ringes in den Stumpf und das Einstülpen desselben] öfter mißlingen und lange dauern dürfte, wird jedenfalls eine Hauptbedingung zur raschen Wundheilung in der Bauchhöhle, die Überkleidung des Stumpfes mit Bauchfell, vernachlässigt, so daß das Verfahren kaum zu empfehlen sein dürfte. Ref.)

Goebel (Breslau).

---

16) **T. Jonnescu** (Bukarest). Die Radikalkur der Inguinalhernien, ohne versenkte Nähte. Beschreibung eines neuen Vorgehens.

(Revista de chirurgie 1905. Mai.)

Verf. hat seine Methode der radikalen Operation von Leistenbrüchen ohne versenkte Nähte im Jahre 1897 auf dem Moskauer Kongreß dargelegt, seither eine bedeutende Anzahl von Fällen (241) nach derselben operiert und verschiedene Veränderungen angebracht, die er nnn in einer ausführlichen Arbeit, betreffend die ganze Operation, des näheren beschreibt. Treffliche Illustrationen veranschaulichen alle Phasen des Vorganges.

In Kürze soll folgendes hervorgehoben werden. Der Hautschnitt verläuft von der Spina anterior, oberhalb und parallel mit dem Poupart'schen Bande, hat eine Länge von 8—10 cm, und werden die oberflächlichen Gefäße zwischen Pinzetten durchschnitten. Auf dem in den Leistenkanal eingeführten Zeigefinger wird mit der Schere die Sehne des Obliquus externus durchtrennt und auf jeden Teil eine lange Klemmzange gelegt, hierauf der Obliquus internus und transversus inzidiert und in ebensolcher Weise fixiert. Die Elemente des Samenstranges werden isoliert und an die untere Fläche des Bruchsackes zusammengedrängt. Der Bruchsack wird vorgezogen, geöffnet, sein Inhalt reponiert, dann auf den noch weiter vorgezogenen Sackhals zwei Klemmpinzetten angelegt, zwischen welchen etwa eine Entfernung von 1 cm bleibt; über der oberen Pinzette wird der Sack abgeschnitten. Auf diese Weise werden die Eingeweide zurückgehalten und das Bauchfell geschlossen. Es werden dann zwei Silberfäden durch die Wunde in folgender Weise durchgeführt. Der eine Faden geht durch die Haut, den Bruchsackhals, zwischen den beiden Klemmzangen durch die Musculi transversus und obliquus internus; nachdem er

einen Teil dieser Muskeln quer umgriffen hat, kehrt er in die Nähe und unterhalb der ersten Einstichöffnung zurück, indem er unter dem Poupart'schen Bande durchgeht, welches mit dem linken Zeigefinger emporgehoben wird. In ähnlicher Weise wird ein zweiter Silberfaden im oberen Teile der Wunde angelegt, welcher ebenfalls einerseits die Haut und die Muskeln, andererseits den Transversus und Obliquus internus in sich faßt. Ist die Schnittöffnung größer, so werden drei Nähte angelegt. Hierauf werden zwischen diesen Nähten solche mit Crin de Florence in Achterturen angelegt, und zwar mit folgender Reihenfolge des Durchstiches: Aponeurose des Obliquus externus (unterer Wundlappen), Obliquus internus und transversus (unterer Wundlappen), Muscul. transversus und Obliquus internus (oberer Wundlappen) und Aponeurose des Obliquus externus (oberer Wundlappen). Es werden hierauf die Silberfäden zusammengezogen und über einer Gazerolle zusammengeschnürt, dann die Crin de Florence-Nähte angelegt. Alle oberflächlichen Nähte werden am 6. oder 7. Tage entfernt, die Silberfäden erst am 12. Hierbei muß die Vorsicht beobachtet werden, daß der eine Faden knapp an seiner Eintrittsstelle in die Haut abgeschnitten und während des Herausziehens die Gazerolle gegen die Haut gedrückt werde; auf diese Weise werden Zerrungen und Schmerzen am besten verhütet. **E. Toff** (Braila).

---

17) **P. Camescasse** et **R. Lehman.** Cure radicale de la hernie inguinale.

Chirurgie enseignée par la stéréoscopie I. 32 vues.
Paris, **Baillière et fils,** 1906. 35 fr.

Verff. haben stereoskopische Photogramme von Operationen aufgenommen zu Unterrichtszwecken und glauben damit etwas wesentlich Neues und Nützliches gebracht zu haben, besonders aus dem Grunde, weil man sich, so oft und so lange man will, die einzelnen Phasen einer Operation vor Augen führen kann. Es ist sicher, daß darin ein wesentlicher Vorzug der Methode liegt. Ob Verff. aber damit wirklich einem Schüler eine Operation beibringen können, die er nie gesehen hat, muß doch bezweifelt werden.

Das vorliegende Büchlein gibt den erläuternden Text zu 32 derartigen Aufnahmen, die die Radikaloperation einer Inguinalhernie darstellen. Einige von diesen Aufnahmen sind als Bilder beigefügt.

Die Naht der Bauchwand legen Verff. fortlaufend mit Reverdinscher Nadel an. **E. Moser** (Zittau).

---

18) **R. v. Baracz.** Zur Radikaloperation des Nabelbruches.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII Hft. 1.)

Verf. stellt an eine Operation zur Heilung des Nabelbruches folgende Anforderungen: Sie soll die Eingriffe am Bruchsack und seinem Inhalt erleichtern, sie soll ferner einen möglichst festen Ver-

schluß schaffen, welcher einerseits dem Drucke der intraabdominellen Presse, andererseits dem fortwährenden Zuge der seitlichen Bauchmuskeln genügenden Widerstand zu leisten imstande ist. Von allen Methoden, welche zu diesem Zwecke ersonnen sind, hält er für die geeignetste diejenige, welche er in Amerika von W. J. Mayo ausführen sah. Sie wird folgendermaßen durchgeführt. Um die Bruchgeschwulst werden zwei bogenförmige Schnitte geführt, welche bis auf die Aponeurose vertieft werden. Der Bruchsack wird an der Basis von Verwachsungen befreit. Seitwärts vom Nabelringe wird die Aponeurose nun bis auf das Bauchfell ausgeschnitten und unter Kontrolle des eingeführten Fingers wird um dem Nabelring ein Kreisschnitt gemacht. Darmschlingen werden reponiert, Netz unterbunden. Auf diese Art wird der Bruchsack mit dem anhaftenden Netz und der mit ihm verwachsenen Haut samt Nabelring exzidiert. Dann bildet man zwei Lappen aus der Aponeurose, und zwar je nach vertikaler oder horizontaler Umschneidung des Bruchringes in gleicher Richtung. Diese Lappen werden durch Fadenschlingen, welche in genauer geschildeter Weise anzulegen sind, übereinander geschoben, so daß der eine Lappen den anderen bedeckt. Der freie Rand des oberen Lappens wird dann mit fortlaufender Naht an die Scheide des Rectus befestigt und die Haut darüber geschlossen. Mayo empfiehlt neuerdings, die Aponeurose in horizontaler Richtung zu durchschneiden und die Lappen in vertikaler zu verschieben, da auf diese Weise eine stärkere Spannung vermieden wird. v. B. hat zweimal mit gutem Erfolge das beschriebene Verfahren angewendet. Er glaubt aber, daß es bei sehr voluminösen Brüchen nicht anwendbar ist und empfiehlt für diese den heteroplastischen Verschluß durch Filigranpelotte.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

19) **J. Bakes.** Zur operativen Therapie des kallösen Magengeschwüres.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

B. ist der Ansicht, daß der Konservativismus zu stark bei der chirurgischen Behandlung der Magenerkrankungen in den Vordergrund getreten sei. Dieser Standpunkt sei veraltet und durch die Erfahrungen schon überholt. Das kallöse Magengeschwür mit all seinen Komplikationen der Blutung, Perforation, Stenosierung gehöre der Domäne des Chirurgen an. Von den chirurgischen Methoden zur Behandlung der Magenleiden sei die Pyloroplastik verlassen. Was die Gastroenterostomie anlangt, so seien die bei ihr gefürchteten Komplikationen, wie der Circulus vitiosus, das Ulcus pepticum, Strangulationen usw., »Gespenster«, welche der Vergangenheit angehören. (Dann sind wohl noch ganz erfahrene Leute Gespensterseher! Ref.). Indessen die palliativen Operationen haben den Fehler, daß sie an den Ursachen der Symptome, die sie beseitigen sollen, achtlos vorübergehen, ebenso wie an den weiter bestehenden Gefahren. Bleibt doch immer in unangenehmer

Aussicht, daß eine neue Magenblutung, eine Perforationsperitonitis oder ein Karzinom auf Grund des Geschwürs entsteht. B. hat deshalb die palliativen Methoden zugunsten der radikalen Heilung, der Gastrektomie, tunlichst aufgegeben. Die Furcht vor der Magenresektion ist nach Verf.s Anschauung nicht mehr am Platze, da unsere technischen Fortschritte und die Hilfsmittel zur Erhöhung der Resistenzfähigkeit unserer Pat. so gefördert seien, daß die Resektion keine größeren Gefahren mehr biete als die Gastroenterostomie. Wichtig für den Eingriff sind die Vorbereitungen und die Verwendung einer gemischten Narkose, d. h. der größte Teil der Operation wird in lokaler Anästhesie ausgeführt; nur die Orientierung und später die Reposition findet im Ätherrausch statt. Die Schnittführung ist derart, daß die Inzision am Proc. xiphoideus beginnt, durch die Linea alba bis über die mittlere Inscriptio tendinea des Rectus geht, von hier aus die Hälfte des Muskels durchsetzt und schräg nach abwärts gelangt, um dann wieder sagittal in der Nabelhöhe zu enden. Man erreicht so eine gute Zugänglichkeit des Magens. Für Pylorusresektionen hat B. einen Gastrotriptor konstruiert, welcher den Magen durch Quetschung vor Durchtrennung der Lichtung abschließt. Bei größeren Eingriffen kommt man jedoch nicht mit diesem Instrumente aus. Unter sechs Fällen von Resektion wegen gutartiger Magenleiden hat Verf. einen verloren, die anderen genasen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

20) **F. Berndt.** Zur Gastrostomie nach Marwedel.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

Nach Ansicht des Verf. ist eine Sphinkterbildung aus Bauch- oder Magenmuskulatur sowohl aus physiologischen wie pathologischen Gründen ganz ausgeschlossen. Die in der Nähe gelegenen Muskelfasern gehen nach seinen mikroskopischen Untersuchungen zugrunde, die entfernteren können nicht wirken, weil sie nicht wie die natürlicheren Sphinkteren einen geschlossenen Ring bilden, sondern meist nur in einer bestimmten Richtung vorübergehend bei Muskelkontraktionen komprimierend wirken. Es ist deshalb verfehlt, nach dem eingangs erwähnten Prinzip eine Sphinkterbildung zu erstreben. Die Verschlußfähigkeit der Magenfisteln nach Witzel, Marwedel u. a. beruht auf der normalen elastischen Spannung des den Kanal umgebenden Gewebes, durch den seine Wände aneinander gedrückt werden. Muskelwirkung kommt dabei nicht in Betracht. Begünstigend wirken dann noch Knickungen eines solchen Kanals und eventuelle Klappenwirkungen einzelner Teile desselben. Von sämtlichen Methoden zur Anlegung einer Gastrostomie empfiehlt B. am meisten die von Marwedel, weil sie bei größter Einfachheit und größter Sicherheit der Schlußfähigkeit die geringste Portion Magenwand in Anspruch nimmt. B. hat in zwei Fällen sehr gute Resultate erziehlt. (Ref. hat in viel mehr Fällen niemals Grund gehabt, die Witzel'sche Methode aufzugeben).

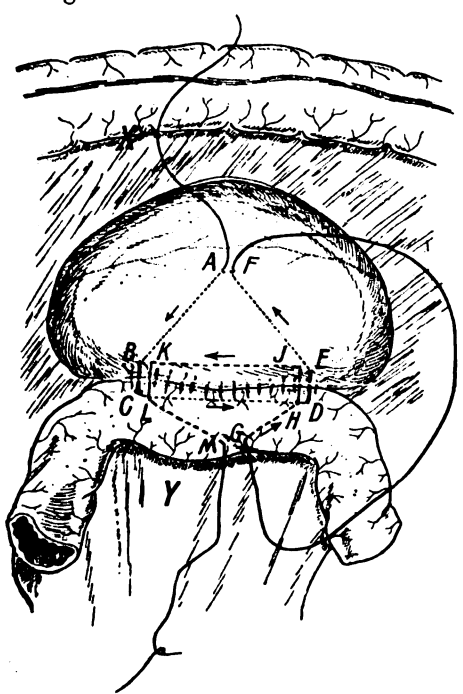
E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

21) **Manry.** The twine triangular stitch for gastro- and entero-enterostomy.

(Annals of surgery 1905. Nr. 6.)

M. bespricht seine Methode, die Gastroenterostomie durch Abschnüren eines Teiles der Magen- und Darmwand vermittels gedrehter Seide anzulegen. Sie ist in kurzen Zügen folgende: Nachdem die hintere Wand des Magens durch das Mesokolon gezogen ist, wird eine Dünndarmschlinge im ∢ von 90° an ihr durch Lembert'sche Nähte — und zwar eine doppelte Nahtreihe — befestigt. Dann wird eine etwas stumpfe Nadel bei *A* durch die Magenwand gestochen, bei *B* wieder ausgeführt, bei *C* in den Darm eingestochen, bei *D* ausgeführt, bei *E* durch die Magenwand und bei *F* wieder aus derselben ausge-



stochen. Mit derselben Nadel wird nun wieder bei *G* in den Darm gestochen und auf ähnliche Weise wie oben geschildert der Weg *G H I K L M* zurückgelegt. Nunmehr werden die Fäden *X* und *Y* festgezogen und geknotet. Das Verfahren wurde bei 29 Hunden angewandt, von denen 13 infolge der Operation starben, jedoch angeblich nicht infolge der Abschnürungsnaht. Bei den 16 am Leben erhaltenen Hunden zeigte sich, nachdem sie getötet waren, daß eine genügend große Kommunikation zwischen Magen und Darm durch Abstoßen des eingeschnürten und nekrotisch gewordenen Teiles eingetreten war. Auch an acht Menschen wurde zur Herstellung einer Gastroenterostomie das geschilderte Verfahren benutzt; vier starben, vier wurden von ihren Beschwerden befreit. Die Fälle werden aus-

führlich geschildert, die Todesfälle sollen auch hier nicht dem angewandten Verfahren zur Last gelegt werden können. Verf. glaubt, daß der gedrehte — nicht geflochtene — Zwirn zum Abschnüren besser als die von MacGraw eingeführte Gummiligatur zu verwenden sei. Auch für die Roux'sche Y-Methode der Gastroenterostomie soll sich das Verfahren eignen. Die durch die Abschnürung hervorgerufene Öffnung muß, wie die Versuche an Hunden zeigen, mindestens 35 cm und mehr vom Pylorus entfernt liegen, da sonst bei Hunden wenigstens Tetanie eintrat, an welcher die Tiere zugrunde gingen. Nach des Ref. Ansicht bedarf das Verfahren noch weiteren Studiums an Hunden, ehe es beim Menschen angewandt werden darf.

Herhold (Altona).

---

22) **A. H. Ferguson** (Chicago). Gastroenterostomy.

(Amer. journ. of surgery 1905. May.)

Eine sehr gute, kurze Übersicht über die Technik der Operation, speziell zur Vermeidung des Circulus vitiosus. Ist eine mehr als vier Zoll große Öffnung des Bauches nötig, so empfiehlt F. eine seitliche Vergrößerung des Medianschnittes. Zuerst Entfernung der eventuell bösartigen Geschwulst, dann Anastomosenbildung. Bei Zweifel, ob bös- oder gutartige Pylorusgeschwulst vorliegt, lieber radikales Vorgehen Für den Circulus vitiosus fand F. einmal Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand als Ursache (Gastroenterostomia antecol.), später Volvulus der Jejunumschlinge oder Zug der Schlinge (beim Aufstehen des Pat.) anzuschuldigen, auch einfache komprimierende Wirkung der vorderen Bauchwand. Alle diese Momente sprechen für die Gastroenterostomia retrocol., ferner das seltenere Auftreten des Ulcus peptic. bei der letzteren, da Duodenum und Jejunum im oberen Teile gegen den Magensaft widerstandsfähiger sind. Als Hauptgrund für einen Circulus vitiosus sieht F. die Tatsache an, daß das Jejunum nach unten zu immer enger wird, und daher die Speisen vom Magen aus leichter in den weiteren proximalen Teil gelangen (aber die Öffnung beider Schenkel in den Magen ist trotzdem gleich; Ref.).

F. nimmt bei der Gastroenterostomia retrocol. eine neun Zoll lange Schlinge, weil Galle und Pankreassekret bei der in Deutschland üblichen ganz kurzen Schlinge sicher in den Magen gelangten (weshalb bei größerer Länge der Schlinge weniger sicher, beweist F. nicht!).

Er schlägt vor, bei undurchgängigem resp. reseziertem Pylorus den proximalen Jejunumschenkel durch Faltung zu verengern, bei durchgängigem, abgesehen von der Enteroanastomose nach Braun, eine Faltung des zuführenden Schenkels zu machen oder (nach Fowler) eine strikturierende umschnürende Naht desselben, oder endlich (eigene Methode) das Jejunum vor Anlegen der Anastomosen zu durchtrennen und nach Doyen zu verschließen. Für die Anlegung der Anastomosen zieht er eine primäre kleine (Minimum) Anastomose vor, die dadurch sekundär vergrößert wird, daß zu beiden Seiten nach forcierter Kompression des Gewebes eine feste Seidenligatur (nach McGraw)

gelegt wird, die nun das umschnürte Gewebe zur Nekrose bringt. Die sero-serösen Nähte werden natürlich um den ganzen umschnürten Bezirk herum gelegt. Das Verfahren gleicht dem von Wullstein inaugurierten, dürfte aber nach dem Eindruck des Ref. kaum schneller, sondern eher komplizierter und langsamer sein, als das in Deutschland geübte der primären weiten Anastomose mit Naht oder Murphyknopf.

Krankengeschichten oder sonstige Belege für Erfolge die seiner Methode gibt Verf. nicht.

Goebel (Breslau).

---

23) **M. v. Čačković.** Über hartnäckigen Gallenrückfluß nach Gastroenterostomie, bedingt durch offenen Pylorus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

Verf. hat. in sechs Fällen nach einer Gastroenterostomie eine Relaparotomie und Neuanlegung einer Kommunikation zwischen zu- und abführendem Jejunumschenkel gemacht. In vier Fällen hatte dieser Eingriff einen vollen Erfolg, während zweimal der Gallenrückfluß gar nicht beeinflußt wurde, und zwar deswegen, weil in beiden Fällen der Pylorus offen war, so daß die Galle durch denselben rückläufig in den Magen fließen konnte. v. C. hält es deshalb für angebracht, in allen Fällen, bei welchen eine zweite Laparotomie nach Gastroenterostomie wegen des Circulus vitiosus gemacht wird, sich davon zu überzeugen, ob der Pylorus wieder eine Lichtung bekommen oder ob er sich erweitert hat. Ist dies der Fall, so ist er unbedingt zu schließen, da es keine Methode gibt, durch welche sonst der Gallenrückfluß bei offenem Pförtner zu beseitigen wäre. Außerdem soll man aber auch die Gastroenterostomieöffnung untersuchen und sie schon beim Verdacht einer Störung in die Y-Form verwandeln. Dies letztere kann am einfachsten geschehen durch Anlegung einer Enteroanastomose zwischen den Darmschenkeln der ersten Fistel und durch Verschluß des einen Schenkels durch Tabaksbeutelnaht. Man darf auch nötigenfalls den abführenden Darmschenkel verschließen; denn bei der Verbindung mit einer Braun'schen Enteroanastomose sind beide Schenkel für den Abfluß des Mageninhaltes nach Ansicht des Verf. gleichwertig. Starben auch beide Pat., bei welchen Verf. die vorliegende Störung zu beseitigen suchte, so wurde doch bei dem einen ein länger andauernder Erfolg erzielt, welcher die Berechtigung des vorgeschlagenen Verfahrens erweist.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

24) **P. Parkinson.** Illustrations of the importance of rectal examination in children.

(Practitioner 1905. July. p. 72.)

In allen Fällen von Erkrankung der Bauchorgane rät Verf., bei Kindern die Digitaluntersuchung vom Mastdarm aus vorzunehmen, da wegen der Nachgiebigkeit des Zellgewebes in der Umgebung des Mastdarmes und der Flexur bis zur Niere und Leber hinauf eine Abtastung möglich wäre und auf diese Weise nicht nur krankhafte

Prozesse am Verdauungskanal, sondern auch an den Genitalorganen diagnostiziert werden könnten. Mehrere Beispiele von Darminvagination, Fremdkörpern im Darm, Blasensteinen usw. werden aufgeführt.

Jenckel (Göttingen).

---

25) **S. G. Gant** (New York). Chronic constipation due to invagination of the sigmoid into the rectum and its surgical treatment.

(Amer. journ. of surgery 1905. April.)

Kurzer klinischer Vortrag, in dem G. behauptet, daß das obige Leiden oft Ursache von schwieriger Defäkation sei. Symptome sind außerdem das Gefühl von nicht vollständiger Entleerung des Mastdarmes, bedingt durch Druck des invaginierten Dickdarmes auf den Mastdarm, Tenesmus, Gefühl von Zug nach unten in den Eingeweiden, Katarrh, Geschwür, Schleim-, Blut- und Eiterabgang. Der Kot bleibt in der Flexur, macht Ulzeration, Autointoxikation, Anämie usw. Diagnose durch Palpation und Rektoskopie. Ursache soll abnorm lange Flexur oder verlängertes Mesenterium oder Enteroptose der Beckeneingeweide usw. sein. G. hat 25mal Kolopexie für Invagination und Vorfall (ist hier auch Mastdarmvorfall gemeint? Ref.) gemacht mit meist sehr »befriedigendem Resultat«. Skarifizierung der Darmserosa und Annähung direkt an die Fascie mit Seide oder Chromcatgut. Flüssige Diät und Ruhigstellung der Därme nach der Operation 8 Tage lang, dann zweitägige Entleerung; Entlassung nach 2 bis 3 Wochen.

Goebel (Breslau).

---

26) **Wallis.** The cause and treatment of pruritus ani.

(Brit. med. journ. 1905. May 13.)

Verf. fand in über 90% bei 272 Fällen von chronischem Pruritus ani als Ursache des Leidens ein Geschwür im After zwischen Sphincter internus und externus, meist am hinteren Umfange nahe der Mittellinie. Fast ausnahmslos verschwand der Juckreiz nach Dehnung des Sphinkters und Kauterisation des Geschwüres mit dem Galvanokauter. Bei ringförmig den ganzen Umfang des Afterkanales einnehmenden Geschwüren exzidiert er das ganze befallene Gewebe und näht den oberen Schleimhautrand an den Hautschnittrand. Die Kauterisation macht er auch ambulant unter Eukainanästhesie. Auf Grund dieser Erfahrungen hält W. die von Ball (Referat d. Zentralbl. für Chirurgie 1905 Nr. 27) angegebene Methode zur Heilung des chronischen Pruritus — Durchschneidung sämtlicher Hautnerven um den After herum durch Abpräparierung zweier Hautlappen von ihrer Unterlage — für unnötig.

W. Weber (Dresden).



Kleinere Mitteilungen.

(Bericht aus seiner orthopädisch-chirurgischen Kinderklinik in Charkow.)

Eine neue Beckenstütze.

Von

Dr. **Julius Finck.**

Die verschiedenen in neuerer Zeit empfohlenen Beckenstützen müssen als Variationen eines und desselben Grundtypus, des zentrischen, aufgefaßt werden.

Es dürfte doch kaum als rationell bezeichnet werden können, daß man, zwecks Anlegung von Becken- und Hüftverbänden, den Kranken mit seinem ungepolsterten Kreuzsteißbein auf eine verhältnismäßig kleine Metallplatte so lagert, daß fast das ganze Gewicht des Kranken auf ihr ruht. Gewiß ist es dem narkotisierten Kranken gleichgültig, worauf er liegt, dem wachen aber nicht, der wenigstens schmerzlos liegen möchte. Wir können immer wieder die Erfahrung machen, wie besonders unsere abgemagerten Pat. nach kurzem Liegen auf der Stützplatte anfangen unruhig zu werden. Um dem peinlichen Drucke von unten auszuweichen, rutschen sie hin und her, bis sie glücklich auf einer Gesäßbacke gelandet sind. Dabei kann natürlich von einem ruhigen, zielbewußten Arbeiten keine Rede sein. Aber auch die Stabilität der Lagerung des Kranken auf einer solchen Beckenstütze ist eine problematische. Auf ihr balanciert der Kranke. Jeder feste, lateralwärts geführte Bindenzug wird daher ein Wackeln des Körpers hervorrufen. Die Folge ist, daß man unwillkürlich die Bindentouren weniger fest anlegt, als sie angelegt werden könnten, woher die Beckenverbände meistens zu locker ausfallen.

Weiter muß ich noch auf einen dritten Umstand aufmerksam machen.

Man wird nämlich die Erfahrung machen können, daß nach der Korrektur einer Flexionskontraktur des Hüftgelenkes der Gipsverband, welcher doch innig der Haut der Hüftbeuge anlag, nach einiger Zeit gewöhnlicher Lagerung von ihr abgerückt erscheint. Diese zwischen Haut und Verband erscheinende Lücke wird um so größer ausfallen, je fetter das Individuum ist, welchem der Verband gemacht wurde. Wird nun der Gipsverband nach seiner Ausdienung entfernt, dann steht man wie vor einem Rätsel; die während der Operation so schön verstrichene Inguinalfalte ist wieder da!

Wie ist das zu erklären?

Während der Kranke auf der Beckenstütze liegt, hängen die mit nichts unterstützten Nates, ihrer Schwere entsprechend, wie zwei schlaffe Säcke herab. Das dadurch geschaffene Verhältnis entspricht dem des natürlichen Liegens auf einer mehr oder weniger harten Unterlage nicht. Bei diesem werden die Nates komprimiert, abgeplattet, ein Zustand, welcher auch innerhalb des Gipsverbandes eintreten muß, sobald man den Kranken von der Beckenstütze herab gewöhnlich auf den Rücken lagert. Das Becken senkt sich jetzt im Verbande seiner Schwere nach so lange, bis es am Verbandboden seine Unterstützung gefunden hat, also bis die für die Senkung Raum schaffenden Nates genügend komprimiert sind.

Wir haben es freilich nicht immer mit einer Senkung des Beckens in toto zu tun, sondern auch mit einer Drehung um eine frontale Achse, welche durch das Becken gelegt zu denken ist. Eine totale Senkung kann durch das Kreuzbein aufgehalten werden, sofern es sich direkt dem Verbandboden anlegt. Dann kommt es aber zur Drehung, es senkt sich die untere Hälfte des Beckens allein, während die obere sich hebt. In jedem Falle ist die Folge eine Flexionsbewegung im Hüftgelenk, unterstützt durch die elastische Spannung, in welche die Gewebe, auch trotz des ausgiebigsten Redressements, versetzt werden.

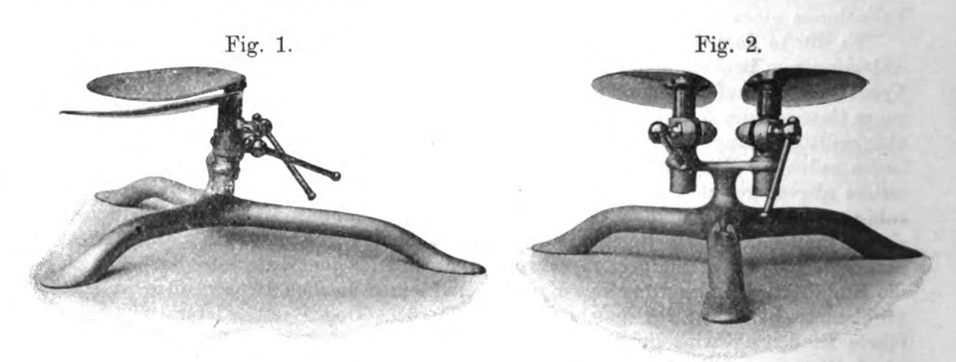
Das Rezidiv tritt also ein, weil durch die Methodik der Lagerung vor der Verbandanlegung dafür Raum geschafft wird.

Der Weg, den man zu betreten hätte, um einer solchen mißlichen automatischen Korrigierung unserer Arbeit vorzubeugen, wäre die Herstellung solcher Verhältnisse, wie sie dem natürlichen Liegen entsprechen, vor Anlegung des Verbandes, also die präservative Kompression der Nates.

Das kann erreicht werden durch zwei Unterstützungsflächen, auf welchen der Kranke mit seinem Gesäß ruht, etwa wie auf zwei unterfassenden Händen. Mit diesem ist das Prinzip für eine exzentrische Beckenstütze gegeben, alles übrige ist Sache einer mehr oder weniger geschickten Konstruktion.

Meine Beckenstütze, welche Fig. 1 von der Seite und Fig. 2 von vorn gesehen zeigt, besteht aus einem Stativ (Dreifuß) mit zwei senkrechten und parallelen Hohlzylindern. In letzteren laufen, wie die Welle in ihrem Lager, die zylindrischen Stiele der beiden Stützplatten.

Fig. 1. Fig. 2.



Die Stützplatten selbst sind leicht ausgehöhlt, zum Kopfende des Kranken hin leicht abschüssig, und von außen nach innen schräg gestellt. Durch diese Anordnung liegt das Becken auf ihnen fest wie in einer Mulde, das empfindliche Kreuzbein bleibt frei. Je nachdem, ob es sich um Kinder oder Erwachsene handelt, werden die Platten durch Drehung der Stiele im Lager näher resp. weiter divergent gemacht und so verschraubt. Nur für ganz kleine Kinder, etwa bis zum 4. Lebensjahre, ist es vorteilhaft, sich der kleinen Reserveplatten zu bedienen, welche mitgeliefert werden.

Das Abnehmen des Kranken von der Beckenstütze nach Fertigstellung des Gipsverbandes, welches ja so geschehen muß, daß der Verband nicht leidet, gestaltet sich sogar bei doppelseitigen Hüftverbänden zu einem ganz einfachen Akte. Die beiden Schrauben werden gelöst, worauf man den Kranken um die Höhe der Stiele, also ca. 8 cm, hochhebt. Dadurch werden letztere aus ihren Lagern, welche geölt sein müssen, herausgehoben. Die Platten werden jetzt leicht und glatt unter dem Verbande hervorgeholt, die rechte nach links hin, die linke nach rechts, wie die Löffel der Geburtszange.

Diese Beckenstütze erfüllt, was ich durch eine große Anzahl von Proben konstatiert gefunden habe, die drei Bedingungen, welche an sie zu stellen sind. Sie garantiert:

1) Ein schmerzloses Liegen.
2) Ein stabiles Liegen.
3) Die Kompression der Nates.

Außerdem gibt sie, was nicht gering anzuschlagen ist, sowohl dem Pat. das Gefühl der Sicherheit, als auch dem Arzte das Gefühl der Ruhe. Die Verbände aber, welche auf ihr gemacht sind, sitzen fest.

Die Beckenstütze ist von Albert Stille, Stockholm, in bekannter solider und gefälliger Art ausgeführt worden und auch von ihm zum Preise von 40 schwedischen Kronen zu beziehen.

---

27) **J. B. Farmer, J. E. S. Moore, C. E. Walker.** On the behaviour of leucocytes in malignant growths.

(Lancet 1905. August 5.)

Die Arbeit geht aus dem Laboratorium des Imperial cancer research fund hervor, und Verff. berichten über Beobachtungen sehr interessanter Art, die sie bei Karzinomen des Mastdarmes, Hodensackes, Penis sehr frühen Stadiums machten. Es handelt sich um ein eigentümliches Verhalten der Leukocyten zu den Gewebszellen meist in der Peripherie dieser, wie gesagt, sehr jungen Krebse; bei Krebsen älteren Datums oder Metastasen konnten die Befunde nicht erhoben werden. Die Beobachtungen beweisen den Verff. angeblich, auf Grund cytologischer Zellphänomene des Krebsfrühstadiums, eine Transmutation normaler Gewebszellen in Krebszellen. Bekanntlich findet man bei der histologischen Untersuchung von Karzinomen hier und da einmal das Bild, daß eine Gewebszelle einer krebsig infiltrierten Partie leukocytenhaltig ist; man erklärte sich dieses mit Phagocytosis u. dgl. Zu einer wesentlich abweichenden Auffassung werden aber die Verff. auf Grund ihrer Untersuchungen gedrängt. Diese ergaben nämlich, daß auf ein solches Eindringen eines Leukocyten in eine Gewebszelle eine gemeinsame Teilung desselben folgt; die Kerne beider Zellen durchlaufen dabei die Phasen der Mitose entweder in separaten Spindeln, oder die Spindelfiguren mischen sich, wie bei der ersten Teilung des Eies bei dem Befruchtungsvorgang.

Es bestehen andererseits dennoch Abweichungen markantester Art von diesem Prozesse, wie in der Arbeit dargetan wird.

Die Veröffentlichung, die auch Abbildungen der Befunde enthält, ist bei ihrer Kürze wohl analog den bei uns sogenannten »vorläufigen Mitteilungen« aufzufassen, eine umfassendere Arbeit steht uns wohl noch bevor. Jedenfalls darf man bei der großen Bedeutung dieser Beobachtungen auf ihre Bestätigung gespannt sein, da sie die jetzt allgemein angenommene Krebsentstehungstheorie aus einem Zentrum über den Haufen werfen würde. Die Namen der bekannten Autoren dürften im übrigen für die Exaktheit der Untersuchungen bürgen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

28) **H. Lippmann.** Über einen Fall von akuter hämatogener Karzinose.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 2.)

Bei einem 67jährigen Manne hatten sich innerhalb 4—5 Tagen zahlreiche schmerzhafte Knötchen auf der Haut gebildet. Probeexzision ergab Karzinom. Der stark heruntergekommene, über Schmerzen in Leib und Brust klagende Mann starb 2 Wochen darauf.

Es fand sich die ganze Haut, die Fascien, die Muskeln, das ganze Peritoneum, Epikard, Pleura und Mesenterium, die Oberfläche von Leber und Harnblase von gleichmäßigen, linsen- bis hanfkorngroßen Krebsknoten durchsetzt. Die Supraclaviculardrüsen sind walnußgroße, harte Knoten, der Ductus thoracicus ist in eine harte Geschwulstmasse eingebettet. Die Primärgeschwulst ist ein kleines, klinisch symptomlos verlaufenes Magenkarzinom. Die akute allgemeine Dissemination des Krebses kann nur durch Einbrechen in die Blutbahn, wahrscheinlich vom krebsigen Ductus thoracicus aus, erklärt werden. **K. Schultze** (Bonn).

29) **Harrington.** Subperitoneal pelvic fibromata.

(Annals of surgery 1905. Nr. 6.)

Verf. unterscheidet drei Klassen der Geschwülste, welche von dem das Bauchfell umgebenden Gewebe ausgehen: die präperitonealen, retro- und subperitonealen. Unter den letzteren, welche vom Beckenbindegewebe ihren Ursprung nehmen, bilden die subperitonealen Fibrome eine besonders abgegrenzte Gruppe. Die klinischen Symptome derselben bestehen in einer Anschwellung in der Gegend der großen Labien oder des Dammes; die Anschwellung setzt sich nach oben ins kleine

Becken fort, und es kann diese Fortsetzung durch Untersuchung durch Scheide oder Mastdarm gefühlt werden. Eine Verwechslung mit Hernien ist um so leichter möglich, als sich dieselben in die Geschwulst einstülpen können; auch die Blase kann in sie hineingelagert sein. Zwei derartige von H. operierte Fälle werden näher beschrieben. Aus der Literatur vermochte er 19 Fälle zu sammeln; 13 derselben waren operiert mit vier Todesfällen. Mikroskopisch bestehen die Geschwülste aus längsgefalteten Fibrillen, in welche flache endotheliale und Bindegewebszellen eingelagert sind. **Herhold** (Altona).

30) **Joly.** Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, laparotomie. Resection d'un lambeau contus et dechiré du grand épiploon. Guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Juin.)

Der Überschrift ist noch hinzuzufügen, daß der im großen Netz angetroffene Riß 8 cm lang war, und daß sich infolge Blutung aus einem großen Gefäß des Netzes Blut und Blutklumpen in der Bauchhöhle vorfanden. Bestimmend für die Laparotomie war nur der 19 Stunden nach der Verletzung eingetretene Wechsel im Aussehen des Pat. Verf. weist darauf hin, daß Bauchkontusionen, welche anfänglich leicht erscheinen, ohne Laparotomie tödlich endigen können. Ein Phänomen, welches bei Verletzungen des großen Netzes öfters angetroffen werden soll, wurde bei dem Verletzten beobachtet, nämlich die reflektorische Erweiterung der Pupillen. **Herhold** (Altona).

31) **Coste.** Psoitis simulant une appendicite.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Juin.)

Eine 28jährige Frau erkrankte an heftigen Schmerzen in der rechten Fossa iliaca, die Bauchdecken waren gespannt, der MacBurnay'sche Punkt war stark druckempfindlich, die Temperatur leicht erhöht. Da der Zustand sich nicht besserte, wurde die Laparotomie in der rechten Bauchhälfte gemacht in der Annahme, daß es sich um eine Appendicitis handelte. Es wurde jedoch durchaus nichts Krankhaftes gefunden. Nach einiger Zeit wurde noch einmal extraperitoneal auf die rechte Darmbeingrube eingedrungen und eine serös-purulente Flüssigkeit entleert. Als Pat. einer schnellen Kachexie erlegen war, fand sich bei der Autopsie eine Psoitis purulenta. In dem Falle war eine Hyperästhesie der Haut über der Blinddarmgegend nicht vorhanden gewesen. Diese Hyperästhesie ist nach Dieulafoy ein wichtiges Symptom für das Bestehen einer Appendicitis.

Herhold (Altona).

32) **Tuttle** (New York). Appendicostomy.

(Amer. journ. of surgery 1905. June.)

Die Appendicostomie hat ihren Namen durch Willy Meyer erhalten und ist von Weir erdacht, aber auf die Anregung Hale White's (London) zurückzuführen, bei chronischer Kolitis einen rechtsseitigen Kunstafter zur Entlastung und lokalen Medikation des Kolons anzulegen. Die Operation, wie sie T. jetzt ausführt, besteht in einer Einnähung der Basis des Wurmfortsatzes in die Bauchdecken, der erst nach 36—48 Stunden die Amputation derselben etwa $^1/_4$—$^1/_2$ Zoll oberhalb der Bauchhaut folgt. Meist wird das Organ schon gangränös gefunden, da die ernährenden Gefäße mit dem Mesenteriolum abgebunden sind. Nach event. nötiger Erweiterung der Lichtung wird ein Gummikatheter (Nr. 10—12) 4 Zoll tief eingeführt und mittels eines um den Rest des Wurmfortsatzes gelegten Seidenfadens fixiert. T. selbst hat fünfmal so operiert, vier Fälle waren sichere Amöbendysenterien; ein Pat. starb an akzidenteller Krankheit (Tuberkulose). Außerdem findet er 16 Fälle, von denen er einige ausführlich beschreibt. 17 Fälle sind geheilt, soweit bekannt; außer seinem eigenen Todesfall ist nur noch ein zweiter (multiple Papillome) registriert; von einem Fall ist das Resultat unbekannt und einer ist wesentlich gebessert.

Als Spülflüssigkeit empfiehlt Verf. in erster Linie kaltes Wasser. Nach 8 bis 10 Tagen können die Pat. die Spülungen selbst zuhause machen. Der Schluß der Fistel, die stets dicht war, erfolgt prompt nach Ätzung mit Höllenstein.

Goebel (Breslau).

33) **Peterson.** A case of amebic dysentery treated by appendicostomy.
(Post-graduate 1905. p. 714.)

P. empfiehlt warm die Vornahme der Appendicostomie in Fällen chronischer Dysenterie behufs direkter Irrigationstherapie des Dickdarmes. Die Operation ist technisch einfach und war in einem Falle von Amöbendysenterie von gutem Erfolge begleitet; sie ist von Tuttle und Meyer empfohlen worden.

Der Pat. P.'s war 36 Jahre alt, erkrankte unter schweren Erscheinungen von Amöbendysenterie und magerte trotz interner Behandlung und rektaler Irrigationen in besorgniserregender Weise ab. Nach dem nur 15 Minuten währenden Eingriffe wurde das Kolon abwechselnd mit eiskalter Chininlösung (1 : 1500) und eiskalter Höllensteinlösung (1 : 2000) durchspült mit dem Erfolge, daß Pat. sofort sich auffallend besserte, binnen 4 Wochen 15 Pfund zunahm, eine gesunde Gesichtsfarbe bekam und nunmehr bei der üblichen Diät eines gesunden Mannes, die er gut verdaut, ganz beschwerdefrei ist. Amöben sind jetzt im Stuhlgange nicht mehr nachzuweisen. **W. v. Brunn** (Rostock).

34) **Deanesly.** The curability of hernia at all ages by operation.
(Brit. med. journ. 1905. June 17.)

Die Arbeit gipfelt in einer Empfehlung der Kocher'schen Radikaloperation von Hernien in jedem Lebensalter auf Grund von 142 Operationen mit 95% Dauererfolgen bei einer Beobachtungsdauer von mindestens 2 Jahren. Jede Art von Schenkel- und Leistenbrüchen ist auf diese Weise heilbar. Die große Leistungsfähigkeit der Methode von Kocher ist ein weiterer Beweis für die Lehre D.'s, daß die Beseitigung des Bruchsackes das Wesentliche bei der Hernienoperation ist, und der Schließung der Bruchpforte nur eine unterstützende Bedeutung zukommt.

W. Weber (Dresden).

35) **R. E. Pick.** Two cases of gastrostomy with examination of stomach walls by means of the cystoscope.
(Med. news 1905. April 29.)

P. beschreibt das cystoskopische Bild der Magenschleimhaut bei zwei Gastrostomierten. Interessant ist das Öffnen des Cardiatrichters bei Schluck- und Würgbewegungen, auch ohne daß irgendwelcher Inhalt die Striktur passierte. Der Pylorus stellt ebenfalls einen Trichter dar, welcher jedoch offen ist und Luftblasen in den mit Wasser ausgefüllten Magen eintreten läßt.

Bei der Technik ist zu beachten, daß der Magen mehrere Stunden keine Nahrung aufgenommen haben darf und gründlich ausgespült werden muß.

Hofmann (Heidelberg).

36) **Moynihan.** Surgical treatment of ulcer of the stomach and of its complications.
(Brit. med. journ. 1905. April 8.)

M. berichtet über seine Erfahrungen an 217 Operationen wegen Magengeschwür und dessen Folgezuständen. Er operierte 22 mal wegen Perforation eines Magen- oder Duodenalgeschwüres mit acht Todesfällen. In jedem dieser Fälle waren Magensymptome aller Art und verschiedener Dauer der Perforation vorausgegangen. Verf. teilt die Perforationen ein in akute, subakute und chronische, je nach der Plötzlichkeit des Durchbruches, der Größe des Loches, dem Füllungszustand des Magens, der Verlegung der Perforationsstelle durch Netz, Darm oder Lymphe, der Bildung einer akuten oder chronischen Perigastritis, und meint, daß

in allen diesen Fällen eine wirkliche Heilung, d. h. Beseitigung aller Beschwerden, nur durch Operation erreicht werden kann. — Die Durchbruchsstelle saß 13mal an der vorderen Magenwand, 2mal an der hinteren. Die Todesursachen waren 6mal Chok, 1mal Empyem, 1mal subphrenische Eiterung.

Wegen gefahrdrohender Blutung wurden 22 Pat. operiert, von denen drei starben. 18mal wurde die Gastroenterostomie gemacht, 1mal die Exzision des Geschwüres allein, 3mal die Exzision mit Magen-Dünndarmvereinigung. In keinem der geheilten Fälle trat nach der Operation eine neue Blutung auf. Die Hauptanzeige zur Operation wegen Blutungen sind fortgesetzte, mäßige Hämorrhagien in kleinen Zwischenräumen, die eine chronische Anämie verursachen. In günstig liegenden Fällen macht M. die Exzision des Geschwüres, sonst beschränkt er sich auf die Magen-Dünndarmvereinigung. Er meint, daß im wesentlichen die Überdehnung des Magens diese Art von Blutungen unterhält. Die schnelle Beseitigung der Blutungen durch die Gastroenterostomie, die der Magendehnung durch prompten Abfluß entgegenwirkt, bekräftigt diese Vermutung.

In 153 Fällen wegen chronischen Magen- oder Duodenalgeschwürs führte M. die Gastroenterostomie aus mit nur zwei Todesfällen! Unter beträchtlichen Schwierigkeiten entfernte er 2mal ein Geschwür an der Cardia. In mehreren Fällen gingen anscheinend unzweifelhaft bösartige Geschwülste nach der Operation allmählich zurück. M. macht auf die Wichtigkeit dieser diagnostischen Irrtümer aufmerksam.

In 20 Fällen operierte er wegen Sanduhrmagen mit drei Todesfällen. Er bespricht die Diagnose dieses Folgezustandes eines Geschwüres und meint, er sei viel häufiger als man früher angenommen habe. Von Operationen kommen in Betracht die Gastroplastik, die Gastro-Gastrostomie, die Gastroenterostomie.

Als Methode für die Magen-Dünndarmvereinigung wählt M. die Gastroenterostomia posterior retrocolica mit kurzer zuführender Schlinge und Anheftung der Ränder des Mesocolonschlitzes an das Jejunum. So vermied er stets den Circulus vitiosus und die Hernienbildung im Bereiche des Mesocolonschlitzes.

W. Weber (Dresden).

37) **Mönckeberg.** Ein Fall von doppeltem primären Karzinom des Magens.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 31.)

Das eine Karzinom saß an der Cardia und erwies sich als ein Carcinoma solidum medullare, das andere am Pylorus als ein Carcinoma adenomatosum medullare. Die gefundenen Metastasen gehörten dem Cardiakarzinom an. Der Pyloruskrebs war noch nicht ulzeriert. **Borchard** (Posen).

38) **Helmholz.** Situs transversus and atresia of the pylorus.

(Johns Hopkins hospital bull. 1905. July.)

Im Anschluß an einen selbst beobachteten Fall stellt Verf. sämtliche bisher beobachteten Fälle, 27 an der Zahl, von Atresie des Pylorus bezw. des Duodenums in einer Tabelle übersichtlich zusammen. Diese Zusammenstellung geht derartig bis ins Einzelne, der Fall eigener Beobachtung ist so ausführlich beschrieben und von solchem Interesse, daß man diese Arbeit bei Behandlung dieses Themas in Zukunft nicht wird übersehen dürfen.

Die Beobachtung H.'s betrifft ein neugeborenes Kind einer 33jährigen Mutter, die zuerst ein normales Kind geboren und danach vier Aborte durchgemacht hatte. Infolge einer — zweifellos gonorrhoischen — Infektion vor dem ersten Abort hatte sie sich einer größeren gynäkologischen Operation unterziehen müssen.

Es bestand eine ganz enorme Masse Fruchtwasser, ca. 5—7 Liter; das Kind, männlichen Geschlechts, von normaler Größe und Gewicht; Placenta ohne Besonderheit. Die Diagnose auf Pylorusverschluß ward am 6. Tage nach der Geburt gestellt und durch Gastroenterostomie Abhilfe zu bringen versucht. Tod 14 Stunden später.

Es bestand vollkommener Situs transversus, Herz rechts, Foramen ovale und Ductus arteriosus offen; rechte Lunge nur ein einziger Lappen mit Andeutung einer Trennungsfurche; linke Lunge drei Lappen ohne völlige Trennung; Milz rechts; Leber bestehend aus einem kleinen rechten und einem großen linken Lappen, an dem auch die Gallenblase sich befindet. Pankreaskopf links, Schwanz rechts; zwei kleine akzessorische Bauchspeicheldrüsen; Magen stark ausgedehnt, Pylorus links; dicht hinter ihm, etwas unterhalb des Pankreaskopfes, hört das Duodenum plötzlich auf. Etwa 1 cm weiter abwärts wird mit Mühe die Fortsetzung des Darmes gefunden; beide Enden sind ganz vom Bauchfell überzogen und vollständig voneinander getrennt, auch nicht durch einen fibrösen Strang verbunden. In das untere Ende mündet Ductus cholodochus und pancreaticus. Blinddarm links, ebenso der Wurmfortsatz; das Kolon steigt links auf bis zur Leber, zieht quer nach rechts und bildet hier unterhalb der Flexura lienalis ein großes S romanum, steigt dann rechts ins kleine Becken hinab.

Auch die Blutgefäße sind sämtlich genau umgekehrt gelagert wie normal, die Aorta entspringt aus dem rechten Ventrikel, steigt rechts neben der Wirbelsäule herab; ebenso gibt sie auch links eine Innominata, rechts die Carotis und Subclavia getrennt ab. Die Vena azygos liegt links, ja die Umkehrung geht soweit, daß die V. spermatica rechts in die V. renalis, links aber in die V. cava inferior mündet.

Zwei Abbildungen und ein Literaturverzeichnis sind beigegeben.

W. v. Brunn (Rostock).

39) **Audry** et **Sarvonat.** Rétrécissement congénital du pylore chez un nourrisson.

(Lyon méd. 1904. May 7.)

Das Kind, über welches Verff. berichten, kam 3 Tage nach der Geburt wegen häufigen Erbrechens in ihre Behandlung. Galle war nie in dem Erbrochenen. Etwa 14 Tage nach Beginn der Beobachtung wurden heftige peristaltische Bewegungen des Magens bemerkt. Unter häufigem Erbrechen magerte das Kind immer mehr ab und starb schließlich etwa 5 Wochen nach der Geburt, nachdem kurz vor dem Tode die Diagnose auf Pylorospasmus gestellt worden war. Von einem operativen Eingriffe war wegen des schlechten Allgemeinbefindens des Kindes abgesehen worden.

Bei der Obduktion wurde am Pylorus ein von außen fühlbarer, derber Ring festgestellt. Vom Magen aus war der Pylorus unter Schwierigkeiten nur für eine dünne Sonde durchgängig. In den Magen eingebrachte Flüssigkeit floß tropfenweise in das Duodenum ab. Die Verengerung war durch eine ringförmige Hypertrophie der Muskulatur des Pylorus bedingt. **Neck** (Chemnitz).

40) **G. Ekehorn.** Fall von enormer Dilatation des Magens und Duodenums angeborenen — arteriomesenterialen — Ursprungs.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. 3. Folge. Bd. VI. Abt. 1. Nr. 16.)

Verf. gibt Beschreibung und Abbildung eines eigentümlichen Falles von riesiger Erweiterung des Magens, die bei der Sektion eines 17jährigen Mannes zufällig angetroffen wurde. Pat. war wegen traumatischen Pyarthros im Lazarett Sundsvall operiert worden; die Krankheit verlief gut, und das Knie war nahezu geheilt, als Pat. starb. An ein Magenleiden wurde während der Krankheit nie gedacht, leichte dyspeptische Beschwerden und Verstopfung waren zwar beobachtet worden, hatten aber zu keiner genauen Untersuchung der Bauchorgane Veranlassung gegeben.

Bei der Sektion fiel sofort ins Auge, daß die ganze Bauchhöhle vom Magen ausgefüllt zu sein schien. Der Magen füllt mit seinem Fundus die ganze Diaphragmawölbung links von der Leber aus. Darauf geht er gerade abwärts, die kleine Kurvatur steht annähernd in der Medianebene, senkrecht, die große Kurvatur verläuft längs der linken Seite der Bauchwand. Dieser Teil des Magens füllt die

ganze linke Bauchhälfte bis zum oberen Rande des Schambeins aus. Hier biegt sich der Magen um und setzt sich mit seinem Pylorusteil, der einen großen Teil der rechten Bauchhälfte einnimmt, gerade aufwärts nach dem Pylorus fort. Der aufsteigende Teil des Duodenums liegt an der Leber nach rechts hinten und unten. Beim Aufklappen der eben beschriebenen Teile tritt der ebenfalls zu einem großen Sack erweiterte, absteigende Teil des Duodeums hervor, der bis an die Fossa iliaca dextra hinüberreicht und diese größtenteils ausfüllt.

Von dem an normaler Stelle liegenden oberen linken Duodenalrande geht die Fortsetzung des Darmes ab, um an gewöhnlicher Stelle die Wirbelsäule zu kreuzen. Die Pforte zwischen der Wirbelsäule und dem Mesenterialgefäßen, bis wohin sich die Dilatation erstreckt, ist auffallend eng; der gesamte Darm unterhalb normal.

Verf. entwickelt die anatomischen Erwägungen, die diese seltene Mißbildung erklären, und schlägt therapeutische Maßnahmen — Enteroanastomose zwischen dem dilatierten Duodenum und dem oberen Teile des Jejunum — vor.

Hansson (Cimbrishamn).

41) **M. Moulin.** The after-history of patients upon whom gastric operations have been performed.

(Brit. med. journ. 1905. May 13.)

Verf. berichtet über seine Nachforschungen an 24 Fällen unter 29 Magenoperationen des Jahres 1903, in denen es ihm gelang, Erkundigungen einzuziehen. Alle Fälle von Karzinom und Magenperforationen sind dabei ausgeschlossen. Es wurden an alle Pat. die gleichen Fragen über Schmerzen nach dem Essen, über die Heftigkeit dieser Schmerzen, über Erbrechen, über Blutbrechen, über Besserung des Allgemeinbefindens gerichtet. Die Ergebnisse sind kurz folgende: In den 3 Fällen von Pyloroplastik kehrten die Schmerzen nach einiger Zeit wieder, so daß die Annahme einer Narbenverengerung am Pylorus berechtigt erscheint; von den 21 Gastroenterostomien kann man 12 als im wesentlichen geheilt und 5 als sehr gebessert ansehen; in 2 Fällen fand man weder ein Geschwür, noch eine Narbe, noch sonst irgendeine Veränderung: der Erfolg der Operation war negativ. — Die Operationsmethode war stets die Gastroenterostomia posterior retrocolica, an die mit Ausnahme von 2 Fällen immer die Enteroanastomose angeschlossen wurde. Circulus vitiosus wurde nie beobachtet. Zur Vermeidung aller Schmerzen nach der Gastroenterostomie hält M. es für notwendig, entweder die neue Öffnung am kardialen Ende anzubringen oder, wenn am Pylorus, sorgfältig darauf bedacht zu sein, daß der Pylorus sich frei bewegen kann, ungehindert durch Verwachsungen. Freilich wird man in der Auswahl des Ortes oft sehr beschränkt sein. Zum Schluß folgt eine tabellarische Übersicht der 24 Fälle.

W. Weber (Dresden).

42) **Chalier.** Un cas d'ulcère perforant du duodénum avec péritonite généralisée.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 70.)

Der 28jährige Pat. litt seit mehreren Jahren an vorübergehenden Beschwerden von seiten des Magens. Seit 3 Monaten klagte er über lebhafte, 2—3 Stunden nach den beiden Hauptmahlzeiten auftretende Schmerzen, die meist im Epigastrium lokalisiert waren, zuweilen aber in den Rücken ausstrahlten. Weder Erbrechen noch Blutungen. Pat. brauchte seine Arbeit nicht aufzugeben. Da bekam er eines Tages, wenige Minuten nach dem Genuß einer Tasse Milch mit Brot, einen unerträglich heftigen Schmerz am unteren Ende des Thorax. Trotz Morphium und Eis ließen die Schmerzen erst gegen Morgen nach. Am Tage darauf (mehr als 36 Stunden nach dem Anfalle) wurde operiert und eine diffuse Peritonitis gefunden, deren Ursache dunkel blieb. Bei der Sektion fand sich an der vorderen Seite des Duodenum eine ovale, 18 mm lange und 9 mm breite Öffnung. Die Ränder waren glatt, ohne Abstufungen, Mucosa und Serosa lagen glatt aufeinander.

V. E. Mertens (Breslau).

43) **J. G. Emanuel.** Congenital multiple occlusions of the small intestine.

(Lancet 1905. August 12.)

Verf. beschreibt den Darm eines 9 Tage alt gewordenen 7-Monatskindes mit im ganzen fünf Strikturen resp. totalen Verschließungen des Dünndarmes. Der Hauptverschluß war an der Stelle der Verbindung des Duodenums und Jejunums und war 5 cm lang. Auffallend war, daß das Kind so lange lebte. Verf. führt die Befunde auf Entwicklungshemmung zurück; fötale Peritonitis ist von der Hand zu weisen. Das Präparat ist in der Arbeit abgebildet.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

44) **Kennedy.** Enterectomy at twelve hours old: recovery.

(Brit. med. journ. 1905. April 1.)

Ein neugeborenes Kind entleert aus einer Fistel in der Nabelschnur Mekonium. Bei der Operation ohne Betäubung findet man einen blind endigenden, fingerartigen Anhang, vom Blinddarm ausgehend und aus einer seitlichen Öffnung Mekonium entleerend. Aufwärts und abwärts war der Darm so verengt, daß eine Resektion von entsprechender Ausdehnung vorgenommen wurde. Seitliche Anastomose zwischen Dickdarm und Dünndarm. Heilung. Ob es sich um ein Meckel'sches Divertikel oder um einen vergrößerten Wurmfortsatz gehandelt hat, läßt Verf. unentschieden. Jedenfalls aber scheint es das jüngste Kind gewesen zu sein, in dem mit Erfolg eine Darmresektion ausgeführt worden ist.

W. Weber (Dresden).

45) **Jonnescu.** Zwei Fälle von Volvulus, operiert mittels Rhachistovainisierung.

(Chirurgische Gesellschaft in Bukarest. Sitzung am 6. April 1905.)

In einem dieser Fälle wurden 8 cg und in dem anderen 7 cg Stovain in den Rückenmarkskanal eingespritzt, und in beiden war die Unempfindlichkeit eine vollständige, so daß die Laparotomie schmerzlos durchgeführt werden konnte. Auch nachträglich traten keine unangenehmen Nebenerscheinungen auf.

E. Toff (Braila).

46) **Philipowicz.** Zur Kasuistik und Ätiologie des Dünndarmvolvulus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 4.)

Schon unter normalen Verhältnissen finden sich an zwei Stellen des Darmkanales weißliche, strahlige Narben, nämlich am oberen Abgang der Flexura sigmoidea und knapp vor der Einmündung des untersten Dünndarmes in den Blinddarm, und zwar jedesmal an der unteren Fläche des Mesenterium. Besonders an der letzterwähnten Stelle ist eine derartige Narbenbildung selten zu vermissen. Die Regelmäßigkeit dieses Vorkommens läßt es fast unzeifelhaft erscheinen, daß dieselben mit der erfolgten Anlötung des früher freien Gekröses, also einem normalen, in der embryologischen Entwicklung des Mesenteriums begründeten Ereignis in Zusammenhang stehen, aber ebenso unzweifelhaft erscheint es dem Verf., daß Virchow's Ansicht zu Recht besteht, wonach diese Narben Reste einer chronischen Peritonitis sind, da sie häufig sehr exzessiv werden und den Charakter des Pathologischen deutlich dadurch erweisen, daß auch an anderen Stellen des Mesenteriums und der Darmserosa sehnige Verdickungen bestehen. Gerade beim Dünndarmvolvulus ist nun die geschilderte Narbenbildung sehr häufig zu finden. Oft ist in einer Ausdehnung bis zu 15 cm das untere Gekrösblatt vom Blinddarm aus oralwärts narbig geschrumpft und der unterste Dünndarm dadurch daselbst an die hintere Bauchwand befestigt. Dadurch, daß gewöhnlich das untere Blatt bedeutender an der Schrumpfung beteiligt ist, macht gleichzeitig das unterste Ileum oft eine Drehung um ca. 90° um seine eigene Achse, indem die freie, dem Mesenterium gegenüberliegende Wand des Darmes nach rückwärts zwischen die Blätter des

Mesenteriums gezogen wird. Infolge dieser Veränderungen ist der Fortbewegung des Darminhaltes ein größerer Widerstand entgegengesetzt und darin wahrscheinlich die Hauptursache für den Volvulus gegeben. Außerdem mag wohl auch die Drehung des untersten Ileum um seine Achse eine Schlingenbildung und Drehung des höheren Dünndarmes in senkrechter Richtung zu seiner Achse bedingen. P. schildert die von ihm beobachteten neun Fälle von Dünndarmvolvulus des ausführlicheren und zeigt, wie er bei allen diese Narbenprozesse gefunden hat. Die Mortalität der Fälle ist eine sehr hohe trotz der Operation. Große Gefahren bietet die Aspiration des Erbrochenen in die Luftwege, ebenso die Zirkulationsstörungen im Darmkanal, die durch Anlegung einer Kotfistel nach Beseitigung des Hindernisses abzuschwächen sind. Rezidive eines solchen Volvulus kann man durch Fixierung der Darmschlinge an die Bauchwand oder durch eine Enteroanastomose zwischen Blind- und Dünndarm oder gar durch eine Resektion des untersten Dünndarmes zu vermeiden suchen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

47) **A. E. Barker.** Cases illustrating alternative operations for intestinal obstruction.

(Brit. med. journ. 1905. April 8.)

Verf. bringt neun Fälle von Ileus durch Karzinom des Dünn-, Blind- und Dickdarmes und eines durch Einklemmung eines Bruches zur Mitteilung, in denen er mit glücklichem Erfolge achtmal eine Darmausschaltung durch Enteroanastomose und zweimal die primäre Resektion ausführte. In fünf Fällen resezierte er nach der Darmausschaltung das Karzinom in einer zweiten Sitzung und erzielte rezidivfreie Heilungsdauer bis jetzt von 5, $4^1/_2$ und $3^1/_4$ Jahren. In einem sehr bemerkenswerten Falle machte er die Enteroanastomose, weil die faustgroße Geschwulst des Dünndarmes begleitet war von einer Kette harter Mesenterialknoten und als inoperables Sarkom aufgefaßt wurde. 6 Jahre nach der Operation ist Pat. blühend und gesund!

W. Weber (Dresden).

48) **Clubbe.** One hundred consecutive laparotomies for intussusception in children.

(Brit. med. journ. 1905. June 17.)

Verf. berichtet kurz über 100 von ihm ausgeführte Operationen wegen Intussusceptionen bei Kindern in der Zeit von 11 Jahren mit 63 Heilungen und 37 Todesfällen. Von den ersten 50 Operierten starben 25, von den zweiten 50 nur 12, wahrscheinlich, weil die Kinder eher ins Hospital geschickt wurden. 64 Intussusceptionen betrafen das Ileocoecum, 12 das Ileocolon, 3 das Kolon, 1 den Dünndarm und 20 sowohl den Dünn-, wie Blind- und Dickdarm. C. hält an der Regel fest, vor jeder Operation Öl- oder Salzwassereinläufe zu machen. Wenn sie auch keine völlige Reduktion hervorrufen, so erleichtern sie doch durch teilweise Reduktion die Operation beträchtlich. 7mal war eine Darmresektion nötig mit nur einer Heilung; im übrigen gelang stets die Desinvagination.

W. Weber (Dresden).

49) **Brook.** Congenital hypertrophy and dilatation of the sigmoid flexure.

(Brit. med. journ. 1905. May 13.)

Bei einem 21jährigen Mädchen fand B. bei der Laparotomie, die er in der Annahme einer soliden Ovarialgeschwulst der linken Seite ausführte, als Ursache der bei der Untersuchung gefühlten Geschwulst eine über zweifaustgroße Kotgeschwulst in der Flexura sigmoidea, die bei der Exzision in drei Stücken entfernt wurde, 600 g wog und vollständig aus vegetabilischen Resten bestand. B. versuchte, die vorliegende enorme Hypertrophie und Dilatation der Flexur (Hirschsprung'sche Krankheit) therapeutisch zu beeinflussen durch drei Reihen fortlaufender Catgutnähte, von denen jede etwas länger als die vorhergehende, durch

Einstülpung der Flexurwand den Darmumfang ganz beträchtlich verkleinerte. Bei Bauchmassage und dem gelegentlichen Gebrauch eines Abführmittels hatte Pat. fortan täglich eine Entleerung, während vorher oft 2—3 Wochen zwischen zwei Stuhlgängen verstrichen waren.

Mit Berufung auf diesen Fall und einen Teil der Literatur bespricht B. die Pathologie und Therapie der Hirschsprung'schen Krankheit.

W. Weber (Dresden).

50) **Pluyette.** Maladie de Hirschsprung (mégacôlon).

(Marseille méd. 1905. p. 241.)

P. operierte zwei Fälle von Hirschsprung'scher Krankheit; beide Pat., ein Mädchen von 19 Jahren und ein Mann von 63 Jahren, starben; beidemal handelte es sich um eine totale Ektasie des Dickdarmes (der Mastdarm ausgenommen), mit 40, bzw. 27 cm Darmumfang. Die Hypertrophie nicht allein des Darmes selbst, sondern auch des Mesokolon und des Netzes war im zweiten sehr ausgesprochen; am Darme war besonders die Muscularis hypertrophiert. Ätiologisch kam anscheinend bei beiden Kranken eine Torsion des Dickdarmes an der Stelle, wo er in den Mastdarm übergeht, in Betracht. P. glaubt, daß diese bisher kaum beachtete Ätiologie häufig sei; wahrscheinlich führt die zunehmende und übermäßige Ausdehnung des Darmes schließlich zu einer Torsion am genannten Punkte.

Die Kolostomie wegen Hirschsprung'scher Krankheit ist nur als Palliativ- und Notoperation zulässig, die Kolopexie kommt in den nach Verf. nicht seltenen Fällen in Betracht, wo eine Knickung oder Drehung die Ursache der Erkrankung bildet. Die Ileosigmoidostomie vermag durch Ableitung der Kotmassen die Stagnation im erweiterten Kolonabschnitt zu vermindern; auch tritt vielleicht infolge der vollkommenen Ruhigstellung des Kolons eine Rückbildung der Erweiterung ein; die Enteroanastomose eignet sich wohl für die meisten Fälle. Die Kolonresektion kommt nur für die seltenen divertikelähnlichen Erweiterungen in Frage.

Mohr (Bielefeld).

51) **Graff.** Mesenterialcyste.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 29.)

Ein 4jähriger Knabe war unter Ileuserscheinungen erkrankt. Bei der Operation fand sich eine Dünndarmschlinge bandartig über eine faustgroße Geschwulst hinwegziehen. Letztere erwies sich als eine zwischen den Gekrösblättern gelegene mehrkammerige Cyste, welche mit chylöser Flüssigkeit gefüllt war. Die Exstirpation gelang ohne Darmresektion. Ein 8 cm langer Defekt im Mesenterium wurde durch die Naht geschlossen. **Borchard** (Posen).

52) **Ludlow.** Suture of the spleen for traumatic haemorrhage.

(Annals of surgery 1905. Nr. 6.)

Zwei Messerstichwunden in der linken Achsellinie, die eine im 9., die andere im 11. Interkostalraum, aus der letzteren starke Blutung. Es handelte sich um Abtrennung des Zwerchfelles von der Rippenwand, Verletzung des Netzes und um eine 4 cm lange Wunde in der Milz. Naht der letzteren, Abtragung des Netzes, Naht des Zwerchfelles an die Rippenwand. Ausgang in Heilung.

Herhold (Altona).

53) **Mabit** (Buenos-Aires). Contribution à l'étude du traitement chirurgical des kystes hydatiques de l'abdomen.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 5.)

In einem Lande wie Argentinien, wo der Echinokokkus häufig ist, wird sich oft Gelegenheit finden für die Anwendung der verschiedensten Operationsmethoden, zumal die bisherigen — Lindemann-Landau (Marsupialisation), Bond (Resektion und Inversion der Blase), Delbet (Capitonnage) oft genug unbefriedigende Resultate ergaben. Ausgehend von der Erwägung, daß die Adventitia fast immer

(entgegen Vegas-Cranwell) bakterienfrei, die Sekretion derselben in den ersten Tagen nach der Operation eine minimale sei, entschloß sich M. für jene Cysten, die frei ins Abdomen entwickelt, nicht vom Parenchym eines drüsigen Organs umschlossen, nicht zu verwachsen und mit klarem Inhalte versehen sind, zur einfachen Versenkung ohne Naht und Drainage, nach möglichster Verkleinerung der Wandungen. Die Mutterblase wird mit größter Vorsicht herausgewischt, ohne Reibung, sichtbar eröffnete Gallengänge werden durch Naht verschlossen. 18mal hat M. nach diesen Grundsätzen operiert und nur ganz große Säcke vom Verfahren ausgeschlossen. Außer mäßigen Temperatursteigerungen während der ersten 2 bis 3 Tage hat Verf. nur einmal bei dickwandiger Cyste, die keine Resektion gestattete, nachträglich annähen und drainieren müssen. Die übrigen 17 Fälle heilten schnell. Zum Spülen der Höhle verwendet er nach einer üblen Erfahrung mit Sublimat einen starken Strahl steriles oder Borwasser. **Christel** (Metz).

54) **Cernezzi.** I sostegni di magnesio nella legatura intraepatica media ta alla Ceccherelli.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1905.

Verf. hat durch Versuche an vier Kaninchen und zwei Hunden erwiesen, daß die Unterbindung bei Leberresektionen nach der Methode von Ceccherelli (vermittels Umschlingung zwischen zwei Metallzylindern) verbessert werden kann, wenn die Zylinder aus Magnesium angefertigt werden. Bei einem Durchmesser von 0,6 mm werden dieselben in 15—20 Tagen, bei einer Dicke von 1 mm in 20 bis 25 Tagen resorbiert. In einem Falle hatte übrigens der an der konvexen Fläche liegende Magnesiumstreifen durch Erodierung des Dünndarmes zu einer tödlichen Peritonitis geführt. Hier waren die beiden seitlichen Umschlingungsdrähte an den Enden der Magnesiumzylinder unterlassen worden. **Dreyer** (Köln).

55) **A. Doran.** Dilatation of the gall bladder simulating ovarian cyst.

(Brit. med. journ. 1905. June 17.)

Verf. teilt ausführlich einen Fall mit, in dem er bei einer 50jährigen Frau eine große cystische Geschwulst der rechten Unterbauchseite entfernte, die als Eierstockscyste angesprochen war, sich bei der Operation aber als mächtig ausgedehnte Gallenblase mit Steinverschluß im Cysticus erwies. Sie enthielt einen Liter trübe, helle Flüssigkeit ohne Gallenbeimengung und über 200 Steine. Im Anschluß an diesen Fall berichtet er über die bisher mitgeteilten Hydropsien und Empyeme der Gallenblase, die zu Verwechslungen mit anderen cystischen Geschwülsten Veranlassung geben konnten. **W. Weber** (Dresden).

56) **F. Purpura.** Sopra un caso di pancreatite cronica indurativa con stomaco a clessidra. Gastroplastica. Guarigione.

(Riforma med. XXI. Nr. 16.)

Pat. bot die seltene Komplikation von chronischer Pankreatitis und Sanduhrmagen. Die Diagnose war auf Pyloruskarzinom gestellt. Das Pankreas bildete eine harte, höckrige Geschwulst, die nach der Laparotomie sich zurückbildete und nach einem Jahre nicht mehr fühlbar war. Der Magen wurde von Tansini mit einer Plastik, analog der Pyloroplastik, behandelt: Längsinzision quer durch eine dieser narbigen Furchen, welche schräg von der großen zur kleinen Kurvatur verlief, Vernähung in der Querrichtung. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 40. Sonnabend, den 7. Oktober. 1905.

Zur Technik der Sehnennaht.

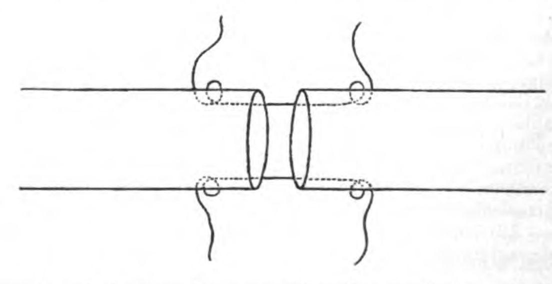
Von

Prof. **Wilms** und Dr. **Sievers** in Leipzig.

Jeder, der bei Verletzungen oder bei Sehnenplastiken reichlich Gelegenheit gehabt hat, Sehnennähte auszuführen, versucht wohl alle Nahtmethoden der Reihe nach, wie sie von Wölfler, Trnka, Hägler und anderen angegeben sind. Drei Anforderungen muß jede Sehnennaht, wenn sie brauchbar sein soll, genügen, nämlich 1) sie muß einfach in der Ausführung sein, 2) eine gute Adaptierung der Sehnenstümpfe und 3) eine hinreichende Festigkeit und Fixierung der

Stümpfe zuwege bringen. Die einfachste Form der Sehnennaht, bei welcher die Nadel auf der Außenfläche ein- und auf der Schnittfläche ausgestochen wird, um dann in umgekehrter Weise durch den anderen Sehnenstumpf durchgeführt zu werden, erzielt kcine hinreichende Festigkeit, wie schon des öftern bewiesen ist, da das Gewebe zwischen den Sehnenbündeln dem durchgeführten Faden keinen genügenden Halt bietet. Die komplizierten Methoden der Naht verfolgen den Gedanken, durch Schnürung eines mehr oder weniger großen Teiles der Sehnen dem Faden einen Halt auf beiden Seiten des Stumpfes zu bieten. Ohne die etwas komplizierteren und nur in Abbildungen leicht verständlichen Methoden von Wölfler, Hägler und Trnka hier wiedergeben zu wollen, weise ich darauf hin, daß sie einen solchen Halt dem Faden an beiden Stümpfen geben. Eine Umschnürung von kleinen Sehnenbündeln wird von manchem Chirurgen auch in der Weise ausgeführt, daß zunächst an beiden Sehnenstümpfen ein Sehnennervenbündel isoliert umstochen wird und dann mit je einen Faden der Knoten einen dritten Knoten zu schlingen.

Auf Grund eigener Erfahrungen, nicht völlig zufrieden mit den bisherigen Sehnennähten, veranlaßte ich Herrn Dr. Sievers, sich nochmals mit einer Vereinfachung der Sehnennaht zu befassen, und gingen wir dabei von dem Gedanken aus, ob sich nicht das einfachste Verfahren der alten Sehnennaht mit einer Umschnürung kombinieren ließe. Nach mehreren Modifikationen erwies sich uns als die brauchbarste die Naht, welche auf Fig. 1 gezeichnet ist. Es ist das die



älteste Form der Sehnennaht mit Einstich auf der Außenfläche der Sehne und Ausstich auf der Schnittfläche nur wird vor und nach dieser Nadelführung an beiden Sehnenstümpfen ein kleines Bündel von Sehnenfäden umstochen (s. Abb.). Da so die Bündel in Schlingen gelegt werden, erhöht sich die Festigkeit der Naht, sobald eine Zugwirkung einsetzt. Vor der schon auf dem Chirurgenkongreß 1876 von Baum angegebenen Methode, welche einen feinen Faden um jedes Ende der Sehne herumschlingt, diese einzeln knüpft und die Fadenenden miteinander vereinigt, hat unsere Naht (neben besserer Adaptation) das voraus, daß sie die Ernährung der Sehnenenden nur in sehr mäßigem Grade beeinträchtigt.

Die beschriebene Sehnennaht, deren man gewöhnlich zwei braucht zur Vereinigung einer durchtrennten Sehne ist 1) nicht wesentlich

komplizierter als die einfache alte Form der Sehnennaht; sie erreicht 2) eine gute Adaptation der Schnittflächen, da die Fäden an den Schnittflächen aus- und eingestochen werden und 3) eine Festigkeit, die durch experimentelle Versuche von Herrn Dr. Sievers sich als ganz bedeutend erwiesen hat.

In den vergleichenden Belastungsversuchen wurde ganz frisches Sehnenmaterial von einem kräftigen männlichen Individuum verwandt. Da in Kaliber und Funktion nahezu gleichartig, eigneten sich vorzüglich die langen Fingerbeugesehnen. Stücke von gleicher Länge wurden in der Mitte durch Querschnitt getrennt und mit den zu vergleichenden Nähten wieder vereinigt. Mittels Schieberpinzetten ermöglichte es sich dann leicht, die Sehnen am einen Ende aufzuhängen und am anderen mit verschiedenen Gewichten zu belasten. Um eine Eintrocknung des Materials zu vermeiden, fand dauernde Berieselung mit physiologischer Kochsalzlösung statt.

Diese Versuche ergaben, daß unsere Naht eine Belastung mit 5 und mehr Kilogramm tagelang aushielt ohne auseinander zu weichen, während z. B. die zu Eingang unserer Mitteilung erwähnte einfache Naht schon bei Belastung mit 1 Pfund nach wenigen Minuten durchschnitt.

Seit 2 Jahren ist die angegebene Naht hier geübt worden, und die Resultate rechtfertigen eine Empfehlung derselben und diese Mitteilung.

---

1) **Erlanger.** A new instrument for determining the maximum and minimum blood-pressures in man.

(Johns Hopkins hospital reports Vol. XII. 1904. p. 53—110.)

2) **Erlanger** and **Hooker.** An experimental study of blood-pressure and of pulse-pressure in man.

(Ibid. p. 145—378.)

Beschreibung eines von E. konstruierten, auf einer Kombination der Instrumente von Vierordt, Marey und v. Recklinghausen beruhenden Blutdruckmessers, der sich in besonderem Maße als zuverlässig erwiesen hat. Durch zahlreiche Abbildungen wird das hier nicht genauer zu beschreibende Instrument erläutert.

Aus den wesentlichen Ergebnissen, die mit diesem Apparate bei Untersuchungen am Menschen erzielt wurden, greife ich die wichtigsten heraus.

Erhebt man sich aus dem Liegen oder Sitzen zu stehender Position, so kann der Blutdruck steigen oder fallen, je nach den äußeren Umständen, wie Außentemperatur, Verdauungstätigkeit usw. Der Pulsdruck aber wird stets geringer, die Pulszahl wächst. Das beruht auf der Schwerkraft, die im ersten Augenblick ein »Verbluten« in die untere Körperhälfte zur Folge hat; durch Kontraktion der peripheren Arterien wird dies alsbald ausgeglichen.

40*

Eintauchen des Körpers in Wasser von angenehmer Temperatur sowie Einwicklung der Beine in stehender Position stellen etwa dieselben Zirkulationsbedingungen her, wie man sie im Liegen antrifft.

Taucht man jemand im Stehen in warmes Wasser, so wachsen Blutdruck, Pulsdruck und Pulszahl, ebenso die Blutstromgeschwindigkeit.

Eintauchen in kaltes Wasser läßt den Blutdruck ebenfalls wachsen, vermindert aber den Pulsdruck, die Schlagfolge und den Blutumlauf.

Mäßige Muskelaktion läßt den Minimumdruck sinken, z. B. das Spazierengehen; stärkere Muskelaktion läßt ihn anschwellen; in beiden Fällen wächst Pulsdruck und Pulszahl, sowie die Blutströmungsgeschwindigkeit.

Der Genuß von Mehlspeisen läßt Pulsdruck und Pulszahl zunehmen, ebenso die Geschwindigkeit des Blutumlaufes; der Einfluß auf den Blutdruck ist wechselnd.

Im Laufe des Tages steigt der Pulsdruck allmählich, wenn auch unregelmäßig, ebenso die Blutumlaufsgeschwindigkeit; der Pulsdruck ist frühmorgens sehr gering.

Pulsdruck und Harnsekretion entsprechen stets einander.

In einem Falle von orthotischer Albuminurie entsprach die abgeschiedene Eiweißmenge stets dem Pulsdruck.

Zwischen den Veränderungen im Verhalten des Urins und der Geschwindigkeit des Blutstromes in der Aorta bzw. den Nieren oder dem Blutdruck bestehen keine Beziehungen.

In stehender Position, sobald die für dieselbe charakteristischen Zirkulationsbedingungen hergestellt sind, ist die Ausscheidung der Chloride, besonders aber der Phosphate und des Harnstoffs durch den Urin vermindert.

Sehr zahlreiche Kurven und Tabellen sind beigefügt.

W. v. Brunn (Rostock).

---

3) **Canon.** Die Bakteriologie des Blutes bei Infektionskrankheiten.

Mit einer Lichtdrucktafel. VIII, 251 S. gr. 8. Jena, **Gustav Fischer,** 1905. *M* 5.—; geb. *M* 6.—.

Die in dem Buche niedergelegten Tatsachen sind die Früchte einer wohl außerordentlich mühevollen Arbeit, deren sich Verf. am Krankenhaus zu Moabit (Berlin) während 6 Jahren unterzogen hat. Der erste — spezielle — Teil des Buches enthält eine Sammlung der in der Literatur verzeichneten bakteriologischen Blutbefunde bei Infektionskrankheiten, eine Zusammenstellung, aus der sich ergibt, daß

1) entgegen früheren Ansichten Infektionserreger im Blute ziemlich häufig gefunden werden, und

2) daß das normale Blut eine bakterizide Fähigkeit besitzt.

Der zweite — allgemeine — Teil beschäftigt sich mit der Frage, wie die Bakterien in die Blutbahn gelangen, und welches Schicksal sie dort haben. Den Schluß dieses Teiles bildet eine Abhandlung über Mischinfektion.

Der dritte Teil gibt eine Darstellung der hämatogen entstandenen Infektionskrankheiten sowie einige Notizen über Prophylaxe und Therapie.

Den Schluß des Buches bildet ein sehr ausführliches Literaturverzeichnis.

Das Werk enthält eine große Menge sehr interessanter Einzelheiten und manchen Wink sowohl für die Untersuchungsmethoden, als auch für die allgemeine Praxis. **Silberberg** (Breslau).

---

4) **R. Grashey.** Atlas typischer Röntgenbilder vom normalen Menschen, ausgewählt und erklärt nach chirurgisch-praktischen Gesichtspunkten mit Berücksichtigung der Varietäten und Fehlerquellen, sowie der Aufnahmetechnik.

München, **J. F. Lehmann,** 1905. ℳ 16.—.

Das vorliegende Werk bildet Bd. V der Lehmann'schen medizinischen Atlanten. Neue Folge. Daß ein solcher Atlas namentlich für den praktischen Arzt erforderlich ist, sucht der Verf. in der Vorrede zu rechtfertigen durch die immer größere Bedeutung, die das Verfahren gewinnt und so auch häufig den nicht mit ihm sich beschäftigenden Arzt, Bilder, z. B. in Unfallgutachten, zu beurteilen zwingt. Gerade für den weniger Geübten birgt das Röntgenbild aber eine Menge von Fehlerquellen, und hier wie kaum irgendwo muß die Kenntnis des normalen Bildes mit seinen vielen individuellen Schwankungen und Abweichungen sehr genau sein. Es ist daher in diesem Atlas, wie schon die Überschrift besagt, diesen Punkten erhöhte Aufmerksamkeit in der Darstellung gewidmet, als man sonst zu finden gewohnt ist. Die Bildveränderungen durch wechselnde Röhren- oder Objektstellung, die Epiphysenlinien, die Varietäten des Skeletts sind sehr sorgfältig und vollständig dargestellt, und namentlich die unregelmäßigen Knochen an den Extremitäten, z. B. Hand und Fuß, in größter Vollständigkeit aufgeführt.

Die acht Kapitel der Einleitung geben Aufschluß über die Art, wie die Bilder gewonnen sind und einen sehr kurzen Abriß der Röntgentechnik und -Lehre. Auch hier ist wieder im besonderen auf die Fehlerquellen hingewiesen. 97 Tafeln bilden den Hauptteil des Atlas. Die Bilder sind durch Autotypie sehr schön vervielfältigt, sie geben recht gut den Charakter des Röntgenbildes wieder, sind sehr scharf und klar, ohne hart zu wirken. Neben jedem Bild ist die Beschreibung zu lesen, welche die Aufnahmeart, das Lebensalter des Objektes und eine etwas ausführlichere Aufnahmetechnik enthält. Jedesmal, wo nötig, ist darauf hingewiesen, zu welchen Zwecken die betreffende Art der Aufnahme gemacht wird, und welche Fehler bei Beurteilung unterlaufen können. Eine genauere Aufzählung der einzelnen Tafeln geht hier nicht an. Ganz besonders sei aber hinge-

wiesen auf die Darstellung der Hand, welche sehr vollständig auf 14 Tafeln und 5 Umrißzeichnungen gebracht ist.

Der praktische Arzt, mehr noch der Chirurg wird an dem Buch ein wesentliches Hilfsmittel haben, auch den Röntgenologen von Fach wird es als bequemes Vergleichsobjekt nicht unwillkommen sein. Zur weiteren Verbreitung der Wertschätzung des Röntgenverfahrens wird es sicherlich beitragen, und dem Verf. sowohl wie dem Verlage gebührt Dank für das schöne und wohlgelungene Werk, welches eine wesentliche Bereicherung der Röntgenliteratur ist.

Trapp (Bückeburg).

---

5) **A. v. Poehl** und **Fürst J. v. Tarstanoff.** Die Kombination der Radiotherapie mit der Organotherapie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

Die Technik der geschilderten Versuche, bei welchen die Emanation des Radiums auf Watte übertragen wurde, ist ohne Abbildungen nicht verständlich und zu kompliziert, um im Referat wiedergegeben werden zu können. Eine große Auswahl von Organpräparaten: Spermin, Cerebrin, Ovarin, Mammin, Tyreoidin, Neuroretinin, Reniin, Cordin, Hepatin usw. wurden dem Einflusse von Radiumstrahlen ausgesetzt. Obwohl keine Veränderungen an Farbe, Geruch und Geschmack an denselben konstatiert werden konnten, wiesen die Präparate doch eine ausgesprochene sekundäre Radioaktivität auf. Mittels der radioaktiven Watte konnte die Emanation auch auf die Organpräparate übertragen werden, welche sich als an und für sich unschädlich erwiesen. Durch diese Präparate, welche als Akkumulatoren der biologischen Strahlenwirkung zu betrachten sind, soll der Arzt in den Stand gesetzt werden, die Radiumemanation speziell denjenigen Organen zukommen zu lassen, deren Behandlung erwünscht ist.

Verff. wünschen, daß die Versuche nachgeprüft werden und stellen entsprechendes Material gern zur Verfügung. **Langemak** (Erfurt).

---

6) **L. G. Guthrie.** On aciduria (acetonuria) as the cause of deaths following the administration of chloroform and ether.

(Lancet 1905. August 26.)

Die Ausführungen Verf.s führen zu folgenden Schlußfolgerungen: Äther sowohl wie Chloroform sind unter gewissen, noch nicht genau bekannten Verhältnissen gefährlich. Die Symptome der Vergiftungen leiten zu der Annahme einer Säureintoxikation durch die giftigen chemischen Vorstufen des Azetons; der Ursprung dieser Giftkörper (Oxybuttersäure und dergl.) ist in der Fettspaltung zu suchen. In so gut wie allen Todesfällen nach Narkoticis ist eine ausgedehnte fettige Metamorphose in den meisten Organen, und besonders der Leber, nachzuweisen. Bei der Anwendung kleiner Chloroformmengen bei

kurzen Operationen kann man eine allgemeine Fettmetamorphose in den Organen kaum annehmen. Äther ist nicht imstande, ähnliche Veränderungen, wie das Chloroform, hervorzurufen; nichts desto weniger werden solche in derselben Ausdehnung bei Todesfällen nach Äther gefunden. Daraus folgt, daß solche Fettmetamorphosen vor der Anästhesirung bestanden haben müssen. Die Spaltung des Fettes in Säuregifte mag von einer direkten Aktion des Chloroforms und des Äthers herrühren, indem diese den normalen Metabolismus schädigen, oder diese mögen vielleicht auf irgendeine Weise die Aktion der im Darm vorhandenen bakteriellen Toxine durch die Spalten des Fettes fördern. Jedenfalls muß die Präexistens vorgerückter fettiger Umwandlung angenommen werden, um eine Intoxikation mit Fettsäuren zu erklären. Es ist wahrscheinlich, daß die fettigen Veränderungen in der Leber physiologisch und mehr als Infiltration, wie als Degeneration anzusehen sind. Wenn dem so wäre, so ist zu verstehen, warum Anästhetika zu einer Zeit gefährlich sind und nicht zu einer anderen, indem das Element der Gefahr die große Menge Fett, die in der Leber zur Zeit der Operation vorhanden ist, ausmacht. Die Ablagerung übergroßer Fettmengen in der Leber mag in einigen Fällen verursacht sein durch große Mengen Lebertran und Fettdiät, mit denen häufig die schwächlichen rachitischen Kinder in der Hoffnung sie zu stärken, bedacht werden, dazu noch durch Mangel an Leibesübung. —

Um Todesfälle durch Anästhetika bei Kindern zu vermeiden, empfiehlt Verf. demgemäß, folgende Punkte zu berücksichtigen: 1) Vor der Operation ist sorgfältig nach etwa vorhandenen Magen-Darmstörungen zu forschen. 2) In Fällen, wo fettreiche Diät und Mangel an Leibesübung vorliegt, sollte die Operation hinausgeschoben werden, bis einige Tage fettfreier Diät verstrichen sind. Milde Abführmittel in dieser Periode sind wahrscheinlich von Nutzen. Der Urin sollte auf Acid. diaceticum untersucht werden, und falls solche vorhanden ist, sind Alkalien, wie Natron bicarbonicum, am Platze. 3) In Erinnerung wäre zu bringen, daß Hunger und Furcht Azetonurie hervorrufen. 2 Stunden vor der Operation und direkt nachher sollten Nährklysmen gegeben werden. Angst vor der Operation ist bei Kindern weniger leicht zu bekämpfen. 4) Die Behandlung der Symptome der Säurevergiftung nach Operationen sollte bestehen in: Venaesectio, Kochsalzinfusion und Klistieren von Natron bicarbonicum-Lösung.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

7) **Demaillasson.** Les injections analgésiantes »loco dolenti« dans les névralgies périphériques.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 31.)

D. benutzt örtliche Kokaineinspritzungen bei Neuralgien einmal, um den peripheren oder zentralen Sitz der Neuralgie festzustellen, sodann zur Entscheidung, ob die Neuralgie operativ behandelt werden soll oder nicht. Drei Möglichkeiten liegen vor: 1) Der Schmerz wird durch die subkutane örtliche Einspritzung unterdrückt, die Neuralgie

ist also peripheren Ursprungs und die Operation bei hartnäckigen Fällen wirksam und berechtigt. 2) Der Schmerz hört erst auf bei Einspritzung oberhalb der schmerzhaften Stelle, die Neuralgie ist also faszikulären Ursprungs, eine etwaige Operation hat den Nerven oberhalb der Schmerzstelle anzugreifen. 3) Die Einspritzung ist nur subdural im Rückenmarkskanal wirksam, der Ursprung der Neuralgie liegt also in den sensiblen Wurzeln oder dem Mark, eine Neurotomie wäre zwecklos. **Mohr** (Bielefeld).

---

8) **M. Yearsley.** A constance et des variétés de l'épine de Henle.

(Revue hebdom. de larynyologie, d'otologie et de rhinologie 1905. Nr. 2.)

Nach der Literatur und eigenen Erfahrungen hielt Verf. die Henle'sche Spina für ein sicheres Zeichen zur Bestimmung der oberen Grenze oder des Antrum selbst, bis Cheatle ihm 18 Schläfenbeine demonstrierte, wo das Antrum der Lage der Spina keineswegs entsprach, und man Gefahr lief, direkt in die mittlere Schädelgrube zu gelangen, oder die Spina ganz fehlte. Dies, sowie eine eigene Erfahrung gaben den Anlaß zu genaueren Untersuchungen. Nach der vom Verf. zusammengestellten Literatur fehlte die Spina in 7,14 %. Y. untersuchte 1017 Schädel mit 2000 Ohren von 4—112 Jahren der verschiedensten Nationalität. Die Spina fehlte in 8 % und war wenig deutlich in 12,51 %. Dieser Ausfall beeinträchtige den praktischen Wert dieses Richtpunktes wesentlich. Viel konstanter sei die Fossa supra meatum, eine kleine Vertiefung hinter der Spina von variabler Form und Tiefe. Diese fand er an allen 2000 Ohren. Ihre Form war dreieckig in 187, rund in 45, einfach spaltähnlich in 950, eine tiefgeschnittene Furche in 586, ein breites Loch in 494 Fällen; zwei oder drei kleine Öffnungen zeigte sie 199- und 434mal. An 199 Schläfenbeinen, wo die Spina fehlte, zeigten drei kleine Löcher die Lage der Fossa an. Beim Kinde bilden diese Löcher eine Art Sieb (Broca's spongiöser Fleck). Diesen sieht man vom 8. Fötalmonat bis zum 2. Lebensjahr. Anfangs über dem Gehörkanal gelegen, liegt er später über und hinter demselben, um endlich in die Fossa supra meatum zu fallen; genau der Lage des Antrum entsprechend hängt er mit zahlreichen in dasselbe führenden Gefäßen zusammen. Im großen und ganzen fand Verf. je dicker ein Schädel sei, desto mehr seien die Furchen und Vorsprünge ausgeprägt. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

9) **G. Laurens.** Chirurgie de l'oreille dans ses rapports avec la base du crane et la colonne vertébrale.

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1904. Nr. 53).

Die vorliegende Arbeit gilt einer Komplikation der Ohreiterungen, deren Gebiet bisher weniger beachtet wurde, jedoch mit Unrecht. Die otogenen Eiterungen an der Schädelbasis sind, so führt Verf. aus,

schwer zugänglich, langwierig und erfordern oft mehrfache Eingriffe. In otologischer Hinsicht könne man drei Gebiete unterscheiden: a. eine occipitale Zone, b. eine mittlere, entsprechend der unteren Pyramidenfläche, c. eine vordere (prae- et lateravertebrale); alle treten in Beziehung zu den Mittelohrräumen. Pathogenetisch kommen in Betracht Blut-, Lymphwege und knöcherne Gefäßkanäle. Die seitlichen, tiefen Halsphlegmonen entstehen auf dem Lymphwege. Abszesse venösen Ursprunges stammen von Phlebitiden der Jugularis und des Emissarium mastoideum. Für die Sichtung der auf knöchernem Wege entstehenden Eiterungen hält man am besten an der erwähnten Dreiteilung des in Rede stehenden Gebietes fest, und zwar wird ergriffen: 1) Die occipitale Partie im Gefolge von Affektionen der Spitze und der Digastricusfurche, wie bei der Bezold'schen Mastoiditis. Nekrose der Tabula interna mit perisinuösem Abszeß und folgender Occipitalfistel oder Eiterung nach dem Hinterhaupt verirrter Zellen führen zu tiefen Nackenphlegmonen. 2) Die Zona jugularis et subpetrosa durch phlebitische oder periphlebitische Abszeße in der Fossa jugularis oder nach Bezold'scher mehr nach der Felsenbeinspitze drängender Mastoiditis. 3) Das Gebiet vor und seitlich der Wirbelsäule durch Kanäle, Öffnungen, Spalten, wie Glaser'sche Spalte, Canalis caroticus, Spalten der Paukenhöhle, der Tube, des peritubaren Gewebes usw. So beobachtete L. einen Fall von pericerebellarem Abszeß, der, durch eine Fistel nach unten durchgebrochen, mit Kompression des IX., X. und XII. Hirnnerven unter der Basis des Felsenbeines sich verbreitete und endlich hinter dem Rachen zutage trat. Die Senkung in das Mediastinum ist von da aus stets zu gewärtigen. Diagnostisch sind von Bedeutung: Nackenschwellung, intensiver Hinterkopfschmerz, Schwellung unter der Spitze, Thrombophlebitissymptome, Schwellung am Kiefer, Sternocleidomastoideus, Vorwölbung der hinteren Rachenwand. Um derartige Eiterungen möglichst wenig zu übersehen, ist besonders zu achten 1) auf die Spitze, 2) auf eine Zone zwischen hinterer Gehörkanalswand und Sinus einer- und Antrum und Spitze andererseits, 3) auf Sinus und Dura cerebelli. Eine ausgiebige Freilegung ist selbstverständlich notwendig.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

10) **F. M. Oberländer** und **A. Kollmann.** Die chronische Gonorrhöe der männlichen Harnröhre und ihre Komplikationen. Teil II u. III.

Mit 98 Abbildungen u. 8 Tafeln, V, 250 u. 181 S., gr. 8. Leipzig, **Georg Thieme,** 1905. M. 14.—; vollständig M. 20.—; geb. in Leinwand M. 21.50.

Verff. wollen in dem Buche nicht, wie sonst oft in Lehrbüchern üblich, eine erschöpfende Übersicht aller der verschiedenen Auffassungen der einzelnen Krankheitsbilder oder aller therapeutischer Verfahren geben, sondern sie beabsichtigen vor allem, ihren eigenen, in langjähriger Erfahrung gewonnenen Standpunkt in der Pathologie und

Therapie der chronischen Gonorrhöe des Mannes zu präzisieren. Dementsprechend ist bezüglich der Diagnose das Hauptgewicht auf die Urethroskopie, bezüglich der Therapie auf die Behandlung mit Dilatatoren gelegt. Besonders über diese Art der Therapie sind eine Fülle detaillierter, äußerst klarer und bestimmter Anweisungen für die Praxis gegeben, die allein schon das Buch für den Praktiker in hohem Maße des Lesens und des Studiums wert machen.

Auch die wissenschaftliche Begründung der Dilatationsbehandlung wird nach Möglichkeit angestrebt. Da histologische Untersuchungen der erkrankten Gewebe bei der Natur der Sache wohl nur äußerst schwer anzustellen sind, weil die gerade behandelten Fälle wohl nur sehr selten und zufällig zum Tode und zur Sektion kommen, so sind Verff. neben der klinischen Beobachtung vor allem auf die urethroskopische Kontrolle des therapeutischen Erfolges angewiesen. Dieser Kontrolle nach Möglichkeit das rein subjektive Element zu nehmen, ist K. bestrebt, indem er in einem ausführlichen Kapitel die Photographie des Harnröhreninnern erörtert und mit einer großen Anzahl schöner und instruktiver Photogramme erläutert. Das Buch ist auf so breiter Grundlage angelegt, daß es erheblich mehr gibt, als man nach dem Titel erwarten dürfte. So finden sich sehr lesenswerte Kapitel über urologische Instrumente im allgemeinen und über urologische Sterilisation und Asepsis, sowie über die Gonorrhöe der weiblichen Harnröhre und ihre Behandlung. Besonders die Kapitel über chronische Prostatitis und über die übrigen Komplikationen der chronischen Gonorrhöe sind auch für nicht rein urologische Chirurgen in hohem Maße interessant. Namentlich das so äußerst komplizierte Bild der Prostatitis, das ja zur Prostatahypertrophie mannigfache Beziehungen hat, ist in seinen zahlreichen verschiedenartigen Symptomenkomplexen, seinen Irradiationen auf andere Nervengebiete sehr klar und ausführlich geschildert.

Zusammenfassend ist das Werk dem Spezialisten als unentbehrlicher Wegweiser und Ratgeber aufs wärmste zu empfehlen. Aber auch der allgemeine Chirurg und der praktische Arzt wird vieles daraus lernen können. **Willi Hirt** (Breslau).

---

11) **Sellei.** Behandlung des Harnröhrentrippers mit prolongierten Einspritzungen.

(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 7.)

Bei akuter, besonders aber bei chronischer Gonorrhöe wird die vorher durch Ausspritzen gereinigte Harnröhre vermittels des Guyonschen Tropfkatheters mit einer antiseptischen Lösung (Hydrarg. oxycyanat, oder Protargol, oder Hermophenyl oder Argent. nitr. u. a. m.) angefüllt, und durch einen festen Verband an der Glans wird das Auslaufen der Flüssigkeit verhindert. Die Lösung bleibt 1—3 Stunden in der Harnröhre. Bei Urethritis posterior wird auch die hintere Harnröhre gefüllt. (Dabei läuft bekanntlich die Flüssigkeit sofort in die Blase ab. Ref.) **Willi Hirt** (Breslau).

---

12) **Fuller.** The relation of gonorrhoeal rheumatism to seminal vesiculitis and its cure by seminal vesiculotomy.

(Annals of surgery 1905. Nr. 6.)

Verf. glaubt, daß der gonorrhoische Gelenkrheumatismus sehr häufig seine Ursache in einer Entzündung der Samenblasen habe, ohne daß Gonokokken in diesen Drüsen selbst noch vorhanden zu sein brauchen. In 15 Fällen von Tripper-Rheumatismus fand er 12mal Vesiculitis seminalis. Die Behandlung dieser Entzündung besteht in perinealer Freilegung der Samenblasen, Spaltung, Auskratzung und Tamponade derselben. In 4 so operierten Fällen war der Erfolg überraschend, innerhalb 24—48 Stunden waren alle Schmerzen aus den Gelenken verschwunden, nach 2 Wochen durften die Pat. aufstehen und konnten ohne Beschwerden gehen. Die Spaltung der Samenblasen wird unter Führung des Fingers vorgenommen, wobei jede Verletzung der Mastdarmwand zu vermeiden ist. Als Folge der Operation tritt zuweilen eine Entzündung der Harnröhre ein, welche nicht behandelt werden soll, da sie am besten wieder verschwindet, wenn sie sich selbst überlassen bleibt.

Herhold (Altona).

---

13) **Oberländer.** Die Therapie der Prostatahypertrophie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 29.)

O. empfiehlt als eigentliche Behandlung der Prostatahypertrophie, des Restharns und der Cystitis den regelmäßig vorzunehmenden evakuierenden Katheterismus. Demselben kommt nicht nur eine symptomatische, sondern auch eine direkt heilende Wirkung zu. Die absolute Notwendigkeit der chirurgischen Eingriffe wird recht selten an den behandelnden praktischen Arzt herantreten.

Borchard (Posen).

---

14) **C. Goebel.** Über die bei Bilharziakrankheit vorkommenden Blasentumoren mit besonderer Berücksichtigung des Karzinoms.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 3.)

In einer eingehenden, mit 57 sehr schönen makroskopischen und mikroskopischen Bildern ausgestatteten Arbeit beschreibt Verf. das klinische und pathologisch-anatomische Bild der von ihm als Chefarzt des Diakonissenhospitals in Alexandrien eingehend studierten Bilharziakrankheit, speziell die dabei vorkommenden Blasengeschwülste.

Bilharz entdeckte im Jahre 1854 als den Erreger einer in Ägypten sehr häufigen und ernsten Erkrankung, die unter dem Bilde schwerster Cystitis, Enteritis, Ureteritis, Pyelonephritis, Urethritis und schließlich Stein- und Geschwulstbildung in der Blase verläuft, einen Parasit, das Distomum haematobium, nach dem Entdecker Bilharzia haematobium genannt. Die Infektion mit den das Wasser der Sümpfe und Kanäle bevölkernden Bilharziaeiern findet statt direkt durch die Haut in das Blut- und Lymphsystem der barfuß im Wasser

arbeitenden Fellachen. Ein Zwischenwirt ist bisher nicht gefunden; wahrscheinlich wachsen die Eier in der Leber des infizierten Menschen zu Würmern aus. Die Unterleibsvenen, speziell die Venae haemorrhoidales sind der Lieblingsaufenthalt der Parasiten.

Die Blasengeschwülste, die bei den Bilharziakranken so häufig gefunden werden, sind teils gutartiger, teils bösartiger Natur.

Die ersteren sind keine echten Neubildungen, sondern gehören meist den sogenannten Granulationsgeschwülsten an, die in ihren ersten Anfängen von den Vegetationen bei chronischer Cystitis nicht abzugrenzen sind, aber zu erheblichen Geschwülsten sich entwickeln können, die meist polypöser Natur sind. Das mikroskopische Bild ähnelt dem des Rundzellensarkoms mit zahlreich eingestreuten Bilharziaeiern. Sekundär findet auch eine Epithelproliferation statt, ein Befund, der die Bilharziageschwülste von den Vegetationen der chronischen Cystitis histologisch unterscheidet. Die Geschwülste entstehen durch langdauernden Reiz, den die massenhaften, im Gewebe liegenden Eier verursachen. Dieselben bewirken nachweislich außerdem eine chronische Behinderung der Lymph- und Blutzirkulation, und da jeder chronische Stauungsreiz wucherungsanregend wirkt, begünstigen sie die Geschwulstentwicklung.

Die Geschwülste der zweiten Gruppe, die bösartigen, bilden mindestens 50% aller Bilharziawucherungen und sind fast ausschließlich Karzinome, und zwar vorwiegend Cancroide. Letztere entwickeln sich auf dem Boden einer epidermoidalen Metaplasie, die stets neben dem ausgebildeten Cancroid sich nachweisen ließ. Es waren stets primäre Blasengeschwülste, die mit der Prostata in keinerlei Zusammenhang standen. Bei sämtlichen Karzinomen ließen sich in den Randpartien Bilharziaeier nachweisen; dieselben gelangen stets sekundär in die Geschwulst, wenn diese die mit Eiern infizierte Mucosa oder Submucosa durchbricht. Ätiologisch spielen die Bilharziaeier nur die Rolle der Erreger eines chronischen Reizzustandes, der nach den jetzigen Anschauungen die Krebsentwicklung begünstigt. Die parasitäre Krebstheorie findet in den hier erhobenen Befunden keine Stütze.

K. Schultze (Bonn).

---

15) **Whiting.** Gangrene of the scrotum.

(Annals of surgery 1905. Nr. 6.)

Der Hodensack ist infolge seines weitmaschigen subkutanen Zellgewebes und der Schlaffheit und Zartheit der Haut prädisponiert für Entzündungen und Gangrän. Diese kann hervorgerufen werden durch bakterielle Infektion, welche durch Streptokokken oder gewöhnliche pyogene Organismen bedingt sein kann. 36 Fälle von hierdurch entstandener Gangrän wurden in der Literatur gefunden, davon 8 mit tödlichem Ausgang. Eine II. Gruppe von Ursachen, welche Gangrän verursachen können, sind Herz- und Nierenkrankheiten, wenn sie Ödem des Scrotum im Gefolge haben, ferner Urininfiltration; 15 Fälle mit 11 Heilungen und 4 Todesfällen. Gruppe III umfaßt die durch Traumen,

Gruppe IV die durch thermische und Gruppe V die durch trophoneurotische Einwirkungen bedingte Gangrän. Im ganzen wurden 93 Fälle dieser 5 Gruppen in der Literatur angetroffen, welche kurz beschrieben werden; 70 Wiederherstellungen und 23 Todesfälle = 23,5%.

Was die Behandlung anbetrifft, so sind bei den infektiösen Ödemen des Scrotums baldigst Inzisionen zu machen; bei den durch Herz- und Nierenkrankheiten bedingten Ödemen sollen aber keine Inzisionen, sondern nur Punktionen ausgeführt werden. **Herhold** (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

16) **Teacher.** Case of human anthrax septicaemia; infection through the intestine; diffuse meningeal haemorrhage.

(Glasgow med. journ. 1905. August.)

Milzbrandinfektion beim Menschen vom Darmkanal aus gehört zu den Seltenheiten; besonderes Interesse beansprucht der publizierte Fall wegen der absoluten Unmöglichkeit, während des Lebens eine Diagnose zu stellen.

Ein 36 Jahre alter Mann, der beruflich für eine Milzbrandinfektion in keiner Weise disponiert war, erkrankte aus voller Gesundheit heraus am 31. Januar 1905 mit Schwindelgefühl und Kopfweh. Abends führte er bereits verworrene Reden, war sehr erregt, zeigte aber von objektiven Krankheitssymptomen nichts außer geringer Spannung in der Regio epigastrica und umbilicalis. Am folgenden Tage traten Konvulsionen ein, der Urin enthielt Eiweiß und Zucker; nachmittags starb Pat. bereits nach der vierten Konvulsion.

Bei der Sektion fanden sich zahlreiche, z. T. der Perforation nahe Milzbrandgeschwüre und -Pusteln in Magen und Darm; der ganze Nahrungskanal, das Mesenterium und Mediastinum stark ödematös mit hämorrhagisch veränderten geschwollenen Lymphknoten durchsetzt; Milz erheblich vergrößert, zerfließlich weich, Herzmuskel stark verändert. Das ganze Hirn — selbst nicht verändert — von hämorrhagischem Arachnoidealgewebe umgeben, das auch in alle Spalten tief eindrang. Überall in den veränderten Organen, auch in den Nieren und der Zunge, fanden sich Milzbrandbazillen in großer Menge, z. T. zugleich mit Streptokokken und anderen Bakterien.

Durch Kultur und Tierversuch wurde die Diagnose auf Milzbrand bestätigt.

Da die Veränderungen im Darme die vorgeschrittensten waren, muß hier die Eingangspforte angenommen werden. **M. v. Brunn** (Rostock).

17) **E. W. Goodall.** Two cases of glanders.

(Lancet 1905. August 26.)

Verf. beschreibt zwei tödlich verlaufene Fälle von Rotz; die betreffenden Pat. waren 55 bzw. 33 Jahre alt; der erste war Buchdrucker von Beruf, und eine Infektionsquelle war nicht aufzufinden; der zweite war bei Pferden beschäftigt. Auffallend war, daß beide Kranke mit der Diagnose Typhus abdominalis eingeliefert wurden. Verf. stellte sofort nach der Aufnahme bakteriologisch Malleus fest. Die Krankheitsdauer betrug 22 bzw. 24 Tage, bei Fall 2 fanden sich in der Leiche auch Ulzerationen des Kehlkopfes, die nach Verf. sonst sehr selten bei der Erkrankung vorkommen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

18) **W. N. Berkeley.** The present clinical and bacteriological status of Vincent's angina.

(Med. news 1905. May 27.)

Von den 29 summarisch berichteten Fällen ist besonders bemerkenswert, daß bei der Ähnlichkeit des klinischen Bildes im Beginne der Erkrankung mit der

genuinen Diphtherie mehrere Male Serum injiziert wurde, daß ein Fall in Diphtherie überging, daß ein Fall von Übertragung von Mutter auf Kind zu verzeichnen ist, und daß es schließlich dem Verf. gelang, im peptonisierten Tonsillenextrakte beide Mikroorganismen symbiotisch bis zur vierten Übertragung zu züchten.

Hofmann (Heidelberg).

19) **E. W. Scott Carmichael and J. M. Beattie.** Delayed chloroform poisoning.

(Lancet 1905. August 12.)

Verff. beschreiben ausführlich einen einwandsfreien Fall von subakut verlaufener tödlicher Chloroformvergiftung bei einem $3^3/_4$jährigen Kinde. Der Tod trat 42 Stunden nach der tadellos abgelaufenen Operation (am Ellbogen) ein; den klinischen prämortalen Symptomenkomplex beherrschte das Übelsein und das Durstgefühl. Die Pupillen waren ständig dilatiert. Mikrophotographische Bilder der Organe (Lunge, Niere, Nebenniere, Magen und Knochenmark) sind in die Arbeit aufgenommen. Eine andere Todesursache als das Chloroform erscheint ausgeschlossen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

20) **D. A. Sinclair** (New York). Gangrene of the skin following the use of stovaine, a new lokal anaesthetic.

(Journ. of cutan. diseases 1905. July.)

S. berichtet über fünf Fälle von Mißerfolgen bei Stovaininjektionen, welche zum Zwecke lokaler Anästhesie bei chirurgischen Eingriffen gemacht waren. Bei einem seiner Fälle versagte die 2%ige Stovainlösung quoad Anästhesie vollkommen, bei den vier anderen Fällen trat an den Injektionsstellen eine ausgedehnte und sehr hartnäckige Gangrän ein. Von diesen Fällen zeigte einer noch erhebliche Intoxikationserscheinungen. So unbedeutend die Zahl der Beobachtungen ist, so genügt sie doch zu einer sehr ernsten Mahnung zur Vorsicht bei dem Gebrauche des betreffenden Medikamentes.

Harttung (Breslau).

21) **E. Hoffmann.** Über Isoformdermatitis bei einem mit Jodoformidiosynkrasie behafteten Kranken.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

H. teilt einen Fall mit, welcher beweist, daß Isoform selbst in schwacher Konzentration bei einzelnen Individuen eine recht heftige Dermatitis hervorzurufen vermag, und daß Personen, welche mit Jodoformidiosynkrasie behaftet sind, auch gegen Isoform empfindlich sein können. Damit ist die Behauptung Heile's, daß normale Haut niemals durch Isoform gereizt wird, nicht ohne Einschränkung richtig.

Langemak (Erfurt).

22) **J. H. Bryant.** Oedema of the feet and legs due to the excessive ingestion of sodium chloride.

(Practitioner 1905. August.)

Ein 40jähriger Arzt, welcher niemals an Malaria, Rheumatismus und ähnlichen Erkrankungen gelitten hatte, bemerkte an beiden Beinen, an welchen seit mehreren Jahren Varicen, ohne weitere Störungen zu verursachen, vorhanden waren, ein ziemlich rasch auftretendes Ödem sowie langsam zunehmende Schwere und Schwäche. In der Annahme, daß ein Herz- oder Nierenleiden die Ursache sei, konsultierte er den Verf., welcher bei genauester Untersuchung kein organisches Leiden feststellen konnte, doch nachwies, daß das Ödem infolge übermäßig reichlichen Genusses von Salz entstanden war, das zu allen Speisen vom Pat. genommen wurde. Der Urin enthielt dreimal so viel Chloride als in der Norm (1,86%). Durch entsprechende Diät und Verminderung der NaCl-Zufuhr trat völlige Heilung ein.

Jenckel (Göttingen).

23) **W. Brown.** Treatment of tuberculosis and tuberculin inoculation.
(Brit. med. journ. 1905. May 20.)

Bericht über eine ganz bedeutende Besserung einer schweren tuberkulösen Cystitis — bewiesen durch Bazillenbefund und cystoskopische Untersuchung — bei einem 16jährigen Mädchen durch Injektionen von Koch's Tuberkulin R. Verf. begann mit einer Dosis von $^1/_{250}$ mg und stieg langsam im Laufe von 3 Monaten auf 1 mg. Die Reaktionen waren im Anfange heftig und ließen allmählich nach.

W. Weber (Dresden).

24) **Albers-Schönberg.** Das im März 1905 eröffnete neue Röntgeninstitut des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg-Hamburg.
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Die Beschreibung des neuen Institutes zeigt uns, daß es sich hier um eine Mustereinrichtung ersten Ranges handelt, indem einerseits alle, auch die modernsten technischen Errungenschaften Aufnahme gefunden haben, andererseits für die Bequemlichkeit und praktische Handhabung der Apparate auf das beste Sorge getragen ist. Zugleich ist ein in jeder Beziehung ausreichender Schutz für das im Röntgenlaboratorium arbeitende Personal geschaffen.

Im Untersuchungsraume hat A.-S. einen bis jetzt unbekannten Apparat angebracht, seinen »Hochspannungsumschalter«, welcher eine rasche Umschaltung der einzelnen vorhandenen Apparate gestattet.

A.-S. dürfte seinen Wunsch, nicht nur ein Institut für die praktischen Bedürfnisse des Krankenhauses, sondern auch ein Muster-Versuchs- und Lehrinstitut der Röntgenologie zu besitzen, vollkommen erreicht haben.

Gaugele (Zwickau).

25) **Grashey.** Technisches zur Albers-Schönberg'schen Kompressionsblende.
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Verf. teilt einige Neuerungen mit, die er an der Albers-Schönberg'schen Blende angebracht hat. Einmal ruht die Röhre horizontal auf zwei Lagern. Zur einmaligen genauen Zentrierung einer Röhre auf dem Röhrenbrette bedient sich Verf. einer Pendelvorrichtung. Für jedesmalige Zentrierung auf dem Preßzylinder hat G. an ihm eine umklappbare Visier- und Pendelvorrichtung angebracht, ferner für Kopfaufnahmen als Stütze besondere Pelotten an den Stützsäulen des Blendengestelles. Ein schräger Ansatz endlich an der unteren Öffnung des Preßzylinders dient zu Fuß- und Schulteraufnahmen.

Gaugele (Zwickau).

26) **Robinson.** Zur Technik der Fixation des Objektes bei radiologischen Aufnahmen. Die Schlitzbinde.
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Als bestes Mittel zur Fixation dient bisher der Sandsack, welcher aber der Asepsis, ja häufig der einfachsten Reinlichkeit Hohn spricht. Weniger exakt ist die Anwendung von Pelotten, da sie nicht genügend fixieren. Die Kompressionsblende von Albers-Schönberg genügt auch nicht für alle Fälle. Die Fixation mit elastischen Gummibinden ist nicht zu empfehlen, weil sie zuviel Röntgenlicht absorbieren; besser ist die mit Leinwand- und Kalikobinden, entweder mittels Bindentouren oder mittels Bindenzuges. Die zweckmäßigste und nach mathematischer Berechnung am sichersten wirkende Methode ist nach Verf. die Schlitzbinde, welche um das Objekt herumgeführt wird (ohne Platte) und nach beiden Seiten einen gleichmäßigen Zug ausübt (cf. Fig.).

(Ref. hat seit Veröffentlichung obigen Artikels bei seinen Röntgenaufnahmen vielfach die Schlitzbinde in Anwendung gebracht und kann sie wegen ihrer Einfachheit und sicheren Fixierung nur empfehlen. **Gaugele** (Zwickau).

27) **Golubinin.** Ein Fall von therapeutischer Anwendung der Röntgenstrahlen bei Morbus Addisoni.
(**Therapie der Gegenwart 1905. Mai.**)

G. hat einen Fall von Morbus Addisoni durch Behandlung mit Röntgenstrahlen erheblich gebessert. Es handelt sich in dem betreffenden Falle, wie durch Tuberkulininjektionen bewiesen wurde, um eine Nebennierentuberkulose. G. griff deswegen zur Röntgentherapie, weil er sich die Eigenart der Röntgenstrahlen, die Entwicklung junger, wenig beständiger Zellelemente zu hemmen, nutzbar machen wollte. Granulationsgewebe frischer Herde konnte atrophieren und infolgedessen einige unversehrt gebliebene Teile der Nebennieren ihre normale Funktion wieder aufnehmen.

Es fanden im ganzen 50 Bestrahlungen im Laufe von 70 Tagen statt. Die Sitzungen dauerten 3—8 Minuten, die Bestrahlung geschah vom Bauch aus.

G. war mit dem Erfolge sehr zufrieden und empfiehlt eine Nachprüfung.

Silberberg (Breslau).

28) **Caminti e Catalasso.** Sull' impiombatura delle ossa.
(Gazz. internaz. di med. 1905. Giugno.)

Verff. gebrauchten in 13 Versuchen an Hunden zur Füllung von Knochenhöhlen und Muskeldefekten die Huckmann'sche Masse aus Walrat, Jodoform und Sesamöl. Auch subkutan, intraperitoneal und intrapleural wurde dieselbe injiziert, ebenso wurde sie in drei klinischen Fällen tuberkulöser Knochendefekte verwandt. Ihre Resorption geschieht sehr langsam. Bei Tuberkulose eignet sie sich zur Füllung ganz besonders, weil der völlige Verschluß der Wunde und somit die Vermeidung der Sekundärinfektion über ihr möglich ist, und Jodoform zudem seine spezifische Wirkung auf die Tuberkulose entfaltet.

Nach den Experimenten zu schließen, eignet sich die Mischung auch zur Füllung langer, tiefer Fistelgänge und tuberkulöser Höhlen, obwohl hierüber klinische Erfahrungen nicht vorliegen. **Dreyer** (Köln).

29) **Cole.** Typhoid meningitis.
(Johns Hopkins hospital reports Vol. XII. 1904. p. 379.)

30) **McCallum.** The pathological anatomy of meningitis due to bacillus typhosus.
(Ibid. p. 411.)

C. führt zunächst einige bereits publizierte Fälle aus der Literatur an, in denen bei bestehendem Abdominaltyphus mehr oder weniger schwere Hirnsymptome bestanden, welche unmittelbar auf Typhusbazillen im Liquor cerebrospinalis zurückgeführt werden konnten.

Fünf gleiche Fälle, in denen aus dem Liquor cerebrospinalis nach Lumbalpunktion Typhusbazillen vermittels des Kulturverfahrens erhalten werden konnten, werden aus dem Johns Hopkins Hospital mitgeteilt. Die Hirnsektion war unter diesen fünf Fällen, die sämtlich tödlich endeten, nur einmal gestattet; hier fand sich neben den durch nachweisbare Typhusbazillen gesetzten Veränderungen noch eine tuberkulöse Meningitis.

Ferner bringt C. noch die Krankengeschichte eines selbstbeobachteten Falles von eitriger Zerebrospinalmeningitis, die ebenfalls durch Typhusbazillen in Reinkultur erzeugt worden war.

Eine sehr eingehende pathologisch-anatomische Beschreibung dieses ebenfalls tödlich geendigten Falles gibt McC. Er konnte überall in dem Eiter und den schwer veränderten Hirnhäuten Typhusbazillen in Menge nachweisen.

W. v. Brunn (Rostock).

31) **Donelan.** A case of cerebro-spinal meningitis; lumbar puncture; recovery.

(Brit. med. journ. 1905. May 27.)

Ein 50jähriger Mann erkrankt unter den Zeichen einer Zerebrospinalmeningitis und wird wegen zunehmender Verschlechterung am 5. Tage einer Lumbalpunktion unterworfen. Kurze Zeit nach der Entleerung von etwa 60 ccm leicht getrübter Zerebrospinalflüssigkeit unter starkem Drucke schwindet die Benommenheit, und in wenig Tagen ist völlige Genesung eingetreten. Die Punktionsflüssigkeit zeigte zahlreiche vielkernige Leukocyten, von denen einige den Diplokokkus intracellularis enthielten. D. hält den Fall für ein Beispiel sporadischer epidemischer Zerebrospinalmeningitis, bei dem die Lumbalpunktion gerade rechtzeitig genug kam, um den Übergang vom einfachen Kongestionsstadium zur Eiterung zu verhindern.

W. Weber (Dresden).

32) **K. Love.** Case of otomycosis of the middle ear.

(Glasgow med. journ. 1905. August.)

Der Pat. befand sich wegen chronischer Ohreiterung bereits seit Jahren in Behandlung des Verf., als dieser im November 1904 — das Trommelfell war bereits ganz verloren gegangen — eine eigenartige Masse aus dem Mittelohr entfernte, die ausschließlich aus großen Massen von Vegetationen des Aspergillus niger bestand. Diese Affektion, im äußeren Gehörgang oft beobachtet, ist im Mittelohr selten.

Behandlung mit Alcohol. absolutus und antiseptischem Pulver besserte den Zutand schnell.

W. v. Brunn (Rostock).

33) **Taptas.** De la mastoïdite suppurée aiguë latente comme complication de l'otite moyenne aiguë catarrhale.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 44.)

Die erwähnten sechs Fälle sollen den Beweis dafür bringen, daß nach katarrhalischer Otitis media eine eitrige Mastoiditis folgen kann.

Zwei Fälle scheiden aus der Bewertung aus, da sie nicht vollständig beobachtet werden konnten. Fall 1. Mehrere Monate katarrhalische Otitis mit leichter Rötung des Trommelfelles, zeitweisem Spontan- oder Druckschmerz hinter dem Ohre. Plötzlich Verlust des Bewußtseins. Tod. Sektion fehlt. Fall 2. Seröses Exsudat im Mittelohre 3 Monate palliativ behandelt. Druckempfindlichkeit am hinteren Rande des Mastoideus, fortdauernde Schmerzen und Röte des Trommelfelles, leichtes Fieber bestimmen zur Operation, bei der sich wäßriges Sekret (Eiterkokken) und fungöse Granulationen im Warzenfortsatz und auf der Dura finden. Fall 3. Akute Mastoiditis mit subperiostalem Abszeß nach Otitis ohne Ausfluß. Operation. Heilung. Fall 4. Der Fall gehört nicht zum eigentlichen Thema; nach Heilung einer eitrigen akuten Otitis wurde Pat. 2 Monate später an einem perisinuösen Abszeß operiert. Wie in Fall 2 durch die Operation die Pachymeningitis aufgedeckt wurde, so scheint es auch in Fall 1 sich um einen perisinuösen Abszeß mit konsekutiver Meningitis gehandelt zu haben. Überhaupt findet sich, wie vielfach beobachtet worden ist, der perisinuöse Abszeß nach einer scheinbar nur katarrhalischen Otitis media, sei es, daß das eitrige Stadium unbemerkt bei Eintritt in die Behandlung abgelaufen war, sei es, daß der Prozeß so rasch fortschritt (Pneumokokken), daß es in der Paukenhöhle zu einer Eiterbildung gar nicht kam.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

34) **M. Guément.** Un cas d'otite moyenne suppurée post-grippale gauche; mastoïdite. Aphasie et hémiplégie droite concomitantes.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 42.)

4 Wochen nach einer Grippe erkrankte ein 38jähriger Arzt an einer akuten linksseitigen Mittelohreiterung; 2 Tage später: intensives Kopfweh mit conjuncti-

valer Injektion. Temperatur 38,8, Puls 118. Delirien. Cheyne-Stokes. Motorische Aphasie. Etwas Albumen. Einige Tage darauf unvollständige linksseitige Facialislähmung, rechtsseitige, mehr den Arm als das Bein betreffende Hemiplegie. In der Annahme eines subduralen Abszesses, der die motorische Region komprimiere, wurde zur Operation geschritten. Warzenfortsatz enthält Eiter und Granulationen; keine Fistel nach dem Schädelinnern. Freilegung der Dura, welche normal erscheint; kreuzweise Spaltung entleert etwas Liquor. Inzision des Schläfenlappens und der hinteren Partie des Stirnlappens ohne Ergebnis. 3 Tage lang fortschreitende Besserung, sodann wieder Zunahme der Lähmungen des Facialis und der Extremitäten. Von neurologischer Seite wurde eine Influenzaencephalitis der Capsula interna und des Corpus striatum diagnostiziert. Unter schwankenden Symptomen schließlich Tod. In einem ähnlichen Falle wurde die Roland'sche Furche freigelegt und makroskopisch gesund befunden.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

35) **E. B. Deuch.** De la cure radicale dans l'otite moyenne suppurée.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 46.)

In 92 Fällen entfernte Verf. die Knöchelchen 53mal mit folgender Heilung, 25mal Besserung, 2mal ohne Erfolg, 12mal Ausgang unbekannt. Sodann äußert sich Verf. ausführlicher über die bei der Radikaloperation zu beachtenden Details. Er hält die Transplantation für ein die Behandlung abkürzendes Moment: 43mal führte er sie bei der Radikaloperation aus, 20mal 5—6 Tage später. Die Heilungsdauer betrug hier mindestens 3½ Wochen, 1mal 5 Monate; dagegen ohne Transplantation im günstigsten Falle 8—10 Wochen; sonst viel länger. Unter 98 Fällen erzielte Verf. 71 volle Heilungen, 16mal bestand noch mehrere Monate nach der Operation leichte Sekretion; 5 Fälle blieben ungeheilt, 2 sind an interkurrenten Krankheiten gestorben, 4mal Ausgang unbekannt. Das Hörvermögen für Flüstersprache wurde meist verbessert. Facialislähmungen kamen 14mal vor, jedoch gingen sie alle nach mehr oder minder langer Zeit zurück.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

36) **E. Escat.** Trois cas de nécrose du limaçon terminés par élimination spontanée.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 43.)

Nach einer kurzen und unvollständigen Übersicht berichtet Verf. über drei Fälle, von denen die beiden ersten nach chronischen Eiterungen eintraten:

1) 29jähriger Mann, seit 14 Jahren Otorrhöe, seit 1 Monat Facialislähmung, seit 8 Tagen Schmerzen und Fieber. In der Tiefe des Meatus grauer, strahliger, beweglicher Körper, der mit einer Pinzette leicht extrahiert werden kann. Ätzung der darauffolgenden Granulationen und eine retroaurikuläre Inzision führen rasch zur Heilung, naturgemäß bei absoluter Taubheit. Dagegen schwindet die Facialislähmung. 2) 33jährige Frau mit 8 Jahre alter Eiterung, spritzte sich gelegentlich einen Körper aus, der sich als die zwei oberen Schneckenwindungen erwies; seitdem hörte der Ohrenfluß auf. Erneute Anfälle von Schwindel, Kopfweh und Erbrechen sistierten unter exspektativer Behandlung und Verabreichung von Bromwasserstoffsäure. Im 3. Falle stellten sich gelegentlich eines Scharlachs Labyrinthsymptome ein, 3 Monate später eitrige Otitis, die zu hochgradiger Zerstörung führte, so daß Granulationen ausgeschabt und die obere Trommelfellhälfte nebst den Knöchelchen entfernt werden mußte. 4½ Monate nach Beginn wurde durch Spülung die sequestrierte Schnecke entfernt. Danach glatte Heilung unter absoluter Taubheit. Die isolierte Nekrose der Schnecke führt Verf. auf eine Thrombose der Art. cochlearis zurück und erklärt so das Erhaltensein der Bogengänge und des Vestibulum.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

37) **Karewski.** Operativ geheilte otitische Sinusthrombose mit sekundärem osteoplastischen Verschluß eines Schädeldefektes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

Es handelte sich um eine chronische Ohreiterung, deren akute Exazerbation durch Entfernung eines Polypen zunächst erfolgreich bekämpft wurde; da Besserung nur kurzdauernd, Radikaloperation. Perisinuöse Eiterung. Bereits vorhandene Zeichen einer Phlebitis jugularis kommen nicht zum Schwinden; nach 24 Stunden Symptome der Sinus-Jugularisthrombose; deshalb Freilegung dieser Blutleiter. Wegen ausgedehnter Erkrankung der Schädelknochen muß ein ungewöhnlich großes Stück von diesen fortgenommen werden. Entfernung eines Blutgerinnsels aus dem Sinus, Exstirpation der ganzen gleichfalls thrombosierten V. jugularis. Da der Knochenersatz des fortgenommenen Stückes ausblieb, wurde ein Müller-König-scher Lappen zur Deckung gebildet, dann erst die Anfrischung des Sinus als letzter Akt ausgeführt, um im Fall einer Blutung durch Andrücken des neugeschaffenen organischen Deckels die Hämorrhagie aus dem Sinus zum Stehen bringen zu können.

Primärer Schluß der Wunde. Heilung mit guter Hörfähigkeit. Mehrere Abbildungen erläutern das angewandte Operationsverfahren und illustrieren den guten kosmetischen Effekt. **Langemak** (Erfurt).

38) **J. Molinié.** Oblitération des trompes de l'orifice pharyngien des trompes coexistant avec un rétrécissement annulaire de l'isthme naso-pharyngien.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 51.)

Eine Obliteration der Tubenostien kann zustande kommen: 1) durch Traumen, infolge ungeschickter Instrumenteinführung bei chirurgischen Eingriffen; 2) durch Cysten (Gruber); 3) durch Schwellung der Ränder; 4) nach Ablauf spezifischer Prozesse. Verf. beobachtete eine Art fibrösen Vorhang, der die ganze seitliche Wand des Nasopharynx bedeckte und keine Einzelheiten ebenda erkennen ließ; diese von hinten oben ausgehende Membran endete an der oberen Fläche des Gaumensegels und hatte eine Verlegung des Tubenostium zur Folge; über zwei derartige Fälle wird des genaueren berichtet. Beide Pat. waren früher mehrfach kauterisiert worden. Die Symptomatologie wird des ausführlichen erörtert, speziell in bezug auf Atmung, Geruch, Gehör und Stimme, eingehender besonders die Differentialdiagnose mit luetischen Prozessen behandelt. Bei der Unmöglichkeit, die Tubenöffnung wegsam zu machen, müsse man sich auf die Erweiterung des Rachens mit Hegar'schen Bougies beschränken; für das Gehör scheine einigermaßen aussichtsvoll die Paracentese. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

39) **Moro.** Caso di priapismo permanente.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1905. Nr. 91.)

Bei einem 33jährigen Manne wurde ein seit 20 Tagen ohne nachweisbare Ursache bestehender, äußerst schmerzhafter Priapismus, der allen Behandlungsmethoden getrotzt hatte und auch in der Narkose nicht wich, durch eine 2 cm lange Inzision der Albuginea und Expression des pechschwarzen Blutes in der Menge von etwa 150 ccm zur Heilung gebracht. Ein Ödem der Eichel, welches nach der Operation entstand, verschwand in Kürze wieder. **Dreyer** (Köln).

40) **Churchman.** A case of congenital urethral stricture associated with hematuria and symptoms suggesting renal disease.

(Johns Hopkins hospital bull. 1905. p. 256.)

14jähriger Junge mit zwei angeborenen Stenosen der Harnröhre, eine dicht hinter dem Orificium extern., die zweite in der Pars membranacea. Blutung und Schmerzen verschwanden nach Dilatation der Strikturen vermittels Bougierung dauernd.

Außerdem Bericht über einen weiteren Fall von Hämaturie bei einem 13jährigen Knaben, die aus der hypertrophischen Schleimhaut am Trigonum kam, ohne daß dafür eine besondere Ursache zu erkennen gewesen wäre.

W. v. Brunn (Rostock).

41) **Freyer.** A recent series of 60 cases of total enucleation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ.

(Brit. med. journ. 1905. May 20.)

Seinen ersten 110 Fällen von suprapubischer Prostatektomie fügt F. 60 weitere hinzu, die er vom 1. Juli 1904 bis zum 8. März 1905 operiert hat, und bringt über einige Krankengeschichten von besonderem Interesse genaueren Bericht. Je einmal operierte er in Fällen, wo vorher die Bottini'sche Thermokauterisation bzw. die McGill'sche partielle Prostatektomie ohne irgendeinen Erfolg gemacht worden war. Das Alter seiner Pat. lag zwischen 57 und 83 Jahren. Von den 60 Operationen führten fünf zum Tode. Nur einmal konnte die Sektion ausgeführt werden: es fanden sich schwere Nierenveränderungen bei urämischen Symptomen; in den anderen vier Fällen handelte es sich klinisch einmal um Urämie, einmal um Bronchitis bei großer Nasen-Rachengeschwulst, einmal um eine »Verdauungsstörung«, möglicherweise durch eine chronische Leberaffektion, einmal um »Erbrechen und Kollaps« 2 Tage nach der Operation. In allen übrigen Fällen war der Erfolg der Operation sehr befriedigend. **W. Weber** (Dresden).

42) **L. Thomas.** Remarks on complete prostatectomy founded on fifteen cases.

(Brit. med. journ. 1905. May 20.)

Verf. führte 13 suprapubische und zwei perineale Prostatektomien aus mit zwei Todesfällen an Pat. im Alter von 56 bis 77 Jahren. Die entfernten Massen wogen 30—180 g. Die Operation nach Freyer, die T. bevorzugt, ist nur ausführbar mit starken, krallenartigen Fingernägeln; wer weiche, biegsame Nägel hat oder wer seine Nägel nach Chirurgensitte ganz kurz geschnitten hält, ist physisch nicht zur Ausübung der Freyer'schen Prostatektomie imstande. In mehreren seiner Fälle hat Verf. kein anderes Instrument gebraucht als ein Skalpell und einen Katheter. Nach Öffnung der Blase von einem queren Hautschnitt aus drängt er sich mit den Fingern der rechten Hand vom Mastdarm aus die Prostata entgegen und schält sie mit den Fingern der linken aus ihrer Kapsel aus. In einem seiner Fälle gebrauchte er einen besonders angefertigten Elevator zur Hebung des Blasenbodens vom Mastdarm aus. Unter seinen Todesfällen war eine Pneumonie bei einem 71jährigen Manne und eine unbeabsichtigte Eröffnung der Bauchhöhle durch Mitentfernung einer Samenblase. In allen übrigen Fällen war das Ergebnis ausgezeichnet: Befreiung vom Katheter, spontanes Urinieren in langen Zwischenräumen, Beseitigung der Infektionen, keine bleibende Fistel. **W. Weber** (Dresden).

43) **W. Fischer-Defoy.** Vier Fälle von osteoplastischem Prostatakarzinom. Zugleich eine Übersicht über 20 andere in Dresden beobachtete Knochenkarzinome.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 2.)

Den 13 in der Literatur bekannten Fällen von Prostatakarzinomen mit Knochenmetastasen reiht Verf. vier weitere Fälle an und bespricht noch weitere 20 Fälle von Knochenmetastasen, bei denen die primäre Geschwulst die Brustdrüse (5mal), den Magen (4mal), den Mastdarm (3mal), die Lunge (3mal), die Gebärmutter (2mal), die Gallenblase und die Speiseröhre je 1mal ergriffen hatte. 1mal konnte bei allgemeiner Carcinose eine primäre Geschwulst nicht festgestellt werden.

Auffallend war bei den Prostatafällen die makroskopisch geringgradige Veränderung derselben, und auch bei sämtlichen Knochenkarzinommetastasen war die Formveränderung der Knochen unbedeutend. Der Häufigkeit nach verteilen sich

die Knochenmetastasen in folgender Weise: Lendenwirbel, Brustbein, Oberschenkel, Rippen, Brustwirbel, Schädeldach, Halswirbel. Prinzipiell werden in Dresden-Friedrichstadt bei jeder karzinomatösen Leiche die Knochen genau untersucht. Die Histogenese der Knochenkarzinome ist folgende:

Die in die Knochenmarkskapillaren verschleppten karzinomatösen Epithelzellen setzen sich dort leicht fest und bewirken durch Verlegen der Lichtungen Stauungshyperämie. Diese bildet ein günstiges Moment für Knochenneubildung (wie ja schon längst in der Chirurgie praktisch ausgenutzt wird, Verf.). Das Stroma des wuchernden Krebses wird durch Osteoblasten in jungen Knochen verwandelt, der sich mit dem alten vereinigt und nun einen einheitlichen, feinfaserigen, von Krebszellen durchsetzten Knochen darstellt. Neben den osteoplastischen gehen Arrosionsprozesse Hand in Hand, so daß bald Knochenschwund, bald Knochenneubildung das Bild der sehr chronisch verlaufenden Krankheit beherrscht.

K. Schultze (Bonn).

44) **Fenwick.** The value of the use of a shadowgraph ureteric bougie in the precise surgery of renal calculus.

(Brit. med. journ. 1905. June 17.)

F. beweist an der Hand dreier lehrreicher Fälle den großen Wert von schattengebenden Harnleitersonden, sobald das Röntgenbild auch nur leise Zweifel erlaubt an der Lage und Örtlichkeit eines als Nieren- oder Harnleiterstein gedeuteten Schattens. In allen drei Fällen waren ihm die Pat. gebracht worden mit der auf Grund von Röntgenaufnahmen gestellten Diagnose Harnleiterstein. F. bestätigte seinen Zweifel an der Richtigkeit der Schattendeutung als Stein im Harnleiter durch eine Röntgenaufnahme nach Einführung von Harnleiterkathetern mit Bleimandrin. Die Lage des Sondenschattens bewies unzweideutig, daß die als Harnleitersteine gedeuteten Schatten unmöglich dem Harnleiter angehören konnten. Die Operation erwies als Ursache für den Schatten einmal eine Verkalkung an der Teilungsstelle der Bauchaorta, in den beiden anderen Fällen verkalkte Mesenterialdrüsen.

W. Weber (Dresden).

45) **Monsarrat.** Constriction of the ureter.

(Brit. med. journ. 1905. June 17.)

Verf. bringt drei interessante Fälle von Harnleiterverschluß: 1) Ein Mädchen von 20 Jahren leidet seit 20 Monaten an heftigen Schmerzanfällen in der rechten Seite, die lange Zeit als Appendicitis angesehen werden und alle 8 Wochen etwa auftreten. Der Harnleiterkatheterismus mittels Dilatation der Harnröhre und Einführung des Spekulums von Kelly ergibt ein Hindernis im rechten Harnleiter, einige Zentimeter über der Mündung. Transperitoneale Ureterotomie ergibt die gleiche Unwegsamkeit auch von oben her. Schluß der Wunde und Dilatation der Striktur einen Monat später von der Blase aus mit vollem Erfolge. Später noch einmal Laparotomie wegen Netzverwachsungen. 2) Bei einem 21jährigen Mädchen treten 3 Tage nach einem Fall auf die linke Seite die Zeichen einer Hydronephrose auf. Entleerung des erweiterten Nierenbeckens bei der Operation. Der Harnleiter mündet ungefähr 7 cm über dem tiefsten Punkte des Nierenbeckens und ist auf der Hälfte dieser Ausdehnung plattgedrückt gegen die Wand des Beckens. Spaltung der Wand des Harnleiters und des Beckens von innen aus bis zum tiefsten Punkt und Anlegung einer Naht, so daß eine breite Verbindung zwischen Harnleiter und Becken bestehen bleibt: Mynter's Operation. Voller Erfolg. 3) Akute Pyelitis bei einem 21jährigen Manne, als deren Ursache eine sehr enge Striktur beim Eintritt vom Harnleiter ins Becken nachgewiesen wird. Kein Stein. Erweiterung stumpf mit einer Zange vom Becken aus mit vollem Erfolge. Der Fall kann als Beispiel gelten für die Lehre, daß manche Pyelitis mit dunkler Ursache hervorgerufen wird durch eine einfache Urinstauung bei mechanischem Hindernis, da die Nieren auch bei scheinbarer Gesundheit des Organismus ein bakterienausscheidendes Organ sind.

Im Anschluß an diese drei Fälle bespricht M. kurz noch 30 andere aus der Literatur, in denen wegen Striktur des Harnleiters eingegriffen wurde. Von Operationen kommen nach ihm in Betracht außer der Nephrektomie die oben bei seinem zweiten Falle beschriebene Plastik von Mynter, diejenige von Fenger, der nach Art der Pyloroplastik eine Längsinzision quer vernäht, und die Küster'sche Operation, bei welcher der unterhalb der Striktur durchschnittene Harnleiter in den abhängigsten Teil des Nierenbeckens eingepflanzt wird.

W. Weber (Dresden).

46) **Walker.** Renal tuberculosis.

(Johns Hopkins hospital reports 1904. p. 455.)

W. behandelt in dieser Arbeit das ganze Thema der Nierentuberkulose auf Grund seiner Erfahrungen an 79 Fällen eigener Beobachtung und unter Berücksichtigung von 373 Fällen von Nierentuberkulose, sowie 84 solchen von Urogenitaltuberkulose aus der Literatur.

Ferner berichtet er über eine fortlaufende Reihe von 1369 Autopsien im Johns Hopkins Hospital. Bei 784 dieser Leichen wurden Veränderungen tuberkulöser Art gefunden; von 482 mit Lungentuberkulose Behafteten hatten 23 zugleich eine Nierentuberkulose; unter weiteren 266 mit Tuberkulose anderer Organe Behafteten hatten nur zwei Nierentuberkulose; alle 36 an Miliartuberkulose Verstorbenen hatten tuberkulöse Herde der Nieren. Nur bei 6 Fällen war der tuberkulöse Prozeß primär im Urogenitalapparat entstanden, niemals aber in der Niere primär.

W. nimmt als häufigsten Modus der Infektion der Niere mit Tuberkelbazillen den Blutweg an; selten mag der Prozeß von der Umgebung her das Organ ergreifen, selten auch von der Blase her.

Experimentelle Versuche zur Aufklärung der Ätiologie hat Verf. in großer Zahl unternommen, doch sind sie noch nicht reif zur Publikation.

Für die Diagnose hat nach seiner Ansicht das Tuberkulin geringen Wert; es ist nicht ohne Gefahr und kann bei Befallensein anderer Organe zu Irrtümern Anlaß geben.

Zur Bestimmung, welche Niere erkrankt ist, gibt er dem Harnleiterkatheterismus vor den Harnscheidern weitaus den Vorzug.

Für die Funktionsprüfung der Nieren hat er alle bekannten Methoden angewendet; er legt auf die Kryoskopie den größten Wert.

Die tuberkulös erkrankte Niere soll entfernt werden, sobald die Diagnose gesichert ist, auch wenn der Genitalapparat oder andere Organe affiziert sind, natürlich nicht bei zu schwerer Erkrankung; auch bei leichter Affektion der zweiten Niere wird nach Exstirpation der schwer erkrankten Niere Besserung beobachtet.

Bezüglich der Technik der Nephrektomie macht W. den Vorschlag, zuerst nach Bauchschnitt die Gefäße zu unterbinden und zu durchtrennen und dann vom Lumbalschnitt aus das Organ zu entfernen.

Der Harnleiter soll nur bei offensichtlicher Erkrankung entfernt werden.

Die Nephrotomie gab schlechte Resultate: von 36 Operierten starben 16 unmittelbar nach dem Eingriff. 24mal mußte W. nach der Nephrotomie noch die Nephrektomie ausführen.

Ausführlich werden die Krankengeschichten von 33 Patienten wiedergegeben: 6 Nephrektomien, davon 3 geheilt bzw. gebessert, 3 gestorben; 7 Nephrotomien, davon 4 geheilt oder gebessert, 3 Todesfälle; 2 Fälle von Sectio alta wegen komplizierender Blasentuberkulose, beide Male Tod; 18 Pat. wurden nicht operiert, 5 wurden gebessert, 3 nicht gebessert, 1 verschlechterte sich, 9 starben.

Außerdem werden die Protokolle über 4 Fälle von renaler Hämaturie mitgeteilt, in denen sicher festgestellt werden konnte, daß es sich nicht um Tuberkulose handelte, in denen aber auch keine andere Ursache für die Blutung gefunden wurde; 3 Fälle wurden bei interner Therapie gebessert, ein 4. blieb unverändert. Literaturverzeichnis von 208 Nummern.

W. v. Brunn (Rostock).

47) **H. Kelly.** Some surgical notes on tuberculosis of the kidney.
(Brit. med. journ. 1905. June 17.)

An der Hand von 35 Operationen wegen Nierentuberkulose bespricht K., der amerikanische Gynäkologe, die Geschichte, Ätiologie und Pathologie der tuberkulösen Erkrankung der Nieren. Gegenüber Baumgarten, dessen Lehre von der Infektion durch Tuberkelbazillen stets im Sinne der Sekretstromrichtung er im allgemeinen als richtig annimmt, betont er das Vorkommen von Ausnahmen dieser Regel. Die Tuberkulose der Niere ist fast ausschließlich eine fortschreitende Erkrankung, so daß jede nichtoperative Behandlung verlorene Zeit bedeutet. Zur Frühdiagnose kann es nötig werden, das zentrifugierte Sediment der 24stündigen Urinmengen Tag für Tag auf Tuberkelbazillen zu untersuchen und in zweifelhaften Fällen stets das Tierexperiment zu Hilfe zu nehmen. Als cystoskopische Maßnahme zieht Verf. seine eigene, direkte, »aeroskopische« Untersuchungsmethode mit besonderem Spekulum allen anderen vor. Er warnt dringend vor falschen Schlußfolgerungen, die verhängnisvoll werden können: eine Nierengeschwulst kann der hypertrophierten, die ganze Funktion tragenden, gesunden Niere entsprechen, und ist doch bereits zweimal irrtümlich entfernt worden; bei bestehender Phthise des Pat. kann die Tierimpfung positiv ausfallen durch ausgeschiedene Tuberkelbazillen, ohne daß die Niere erkrankt zu sein braucht. K. ist ein Gegner der konservativen Operationen bei der Nierentuberkulose, obwohl er einige wenige Erfolge bei der Resektion und Nephrotomie anerkennt. Letztere führt K. nur aus in sehr dringenden Fällen zur vorläufigen Lebensrettung: viermal mit einem Todesfall. Unter 31 Nephrektomien hat er nur einen Todesfall zu verzeichnen. Bei Mitbeteiligung der Blase führte er dreimal die Nephroureterocystektomie aus mit zwei Todesfällen.

W. Weber (Dresden).

48) **Marshall.** Large hydronephrosis mistaken for ovarian cystoma.
(Glasgow med. journ. 1905. August.)

Der Irrtum wurde erst nach Eröffnung der Bauchhöhle aufgeklärt. Die Maße der Geschwulst vor der Operation waren: von der Symphyse bis zur oberen Geschwulstgrenze in der Medianlinie 10³/₄ Zoll, Breite von 10¹/₄ Zoll. Da die Cyste, um überhaupt entfernt werden zu können, eröffnet und entleert werden mußte, sind weitere Größen- und Inhaltsangaben nicht möglich. Es handelte sich um die linke Niere.

Die Kranke, 26 Jahre alt, wurde geheilt. M. ist der Ansicht, daß 4 Jahre früher durch einen — fraglichen — Harnleiterstein unter linksseitigen Leibschmerzen der erste Anstoß zu dem Leiden gegeben wurde, das durch eine Schwangerschaft 2 Jahre darauf weitere Ausbildung erhielt.

W. v. Brunn (Rostock).

49) **Tusini.** Sopra un caso di varicocele linfatico da filaria.
(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1905.)

Der vom Verf. in der chirurgischen Klinik in Pisa beobachtete, aus Brasilien eingeschleppte Fall von Varicokele wurde durch Resektion des stark varikösen Plexus spermaticus geheilt, und die Heilung blieb noch nach 5 Jahren bestehen. Es fanden sich Eier der Filaria Bancrofti im Samenstrang und in den kleinen erweiterten pseudolipomatösen Lymphgefäßen im Leistenkanale. Die kleinsten Gefäße und die Lymphräume waren infolgedessen erweitert. Die Muscularis und Elastica der Venenwand und der benachbarten Lymphgefäße und Lymphräume waren stark hypertrophiert. Zudem gelang es, in einem Blutgefäß drei embryonale Formen der Filaria Bancrofti nachzuweisen. Dieselben waren 8 μ dick, leicht gewellt, besaßen eine Randverdickung und waren sonst strukturlos.

Dreyer (Köln).

50) **C. B. Keetley.** Temporary fixation of testis to thigh.
(Lancet 1905. July 29.)

Verf. berichtet über 25 Fälle seiner Operation des Kryptorchismus, die darin besteht, den Hoden mit dem losgelösten Gubernaculum an die freigelegte Fascia

lata am Oberschenkel dem Hodensack gegenüber anzunähen. Verf. führt diese Methode seit 1894 aus und hält die Katzenstein'sche Modifikation, den Hoden an einem gestielten Hautlappen des Oberschenkels zu befestigen, für keine Verbesserung. Nach dem Annähen des durch das Scrotum hindurchgezogenen Hodens wird die meist (nach Verf. in 40% der Fälle) gleichzeitig bestehenden Hernie operiert und die Scrotalinzision mit der Oberschenkelinzision vernäht. Trennung vom Oberschenkel nach 5 Monaten. Die 25 Fälle der Statistik betreffen: rechte Seite 12, linke 2, beide Seiten 5 (1 ?), nicht mehr genau bekannt 6.

Die Erfolge waren stets ausgezeichnet. Zwei Abbildungen eines Pat. illustrieren die Operation in ihren Phasen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

51) **Ducurtil.** Cryptorchidie droite compliquée de hernie inguinale du même coté chez un enfant de huit ans; guérison complète sans opération, de l'une et de l'autre infirmité par le massage et consécutivement par le port prolongé d'un bandage herniaire.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Juillet.)

Die Überschrift enthält das Wesentlichste des Falles. Nach 3 bis 4 Massagesitzungen erschien der Hoden bei dem 8jährigen Knaben in der Höhe des inneren Leistenringes, innerhalb 4 weiterer Tage erschien er im Leistenkanal, um dann in den Hodensack herabzugleiten und dort liegen zu bleiben. Nachdem dieses erreicht war, wurde die Hernie zurückgebracht und ein gut sitzendes Bruchband angelegt. 2 Jahre sind seitdem verflossen, der Hode hat sich normalerweise vergrößert. Seit 8 Monaten ist der Bruch nicht mehr herausgetreten.

Herhold (Altona).

52) **Baisch.** Pathologisch-anatomische und klinische Ergebnisse der erweiterten Operationen des Uteruskarzinoms.

(Bericht über die 3. Sitzung der württemberg. Gesellschaft für Geb. und Gyn.)

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1905. 1. Juli.)

120 in der Tübinger Frauenklinik abdominal operierte Fälle ergaben, daß bei örtlich operablem Korpuskarzinom die regionären Lymphdrüsen niemals, bei operablem Cervixkarzinom in 30% krebsig erkrankt waren. Im operablen Stadium waren fast stets nur die Lymphdrüsen der ersten Etappe ergriffen; da, wo auch die zweite Etappe erkrankt war, war das Karzinom auch lokal inoperabel. Bei den eigentlichen Cervixkarzinomen fand sich die Erkrankung der Parametrien doppelt, die der Drüsen dreimal so häufig als bei dem Portiokarzinom. Für die Korpuskarzinome genügt demnach die vaginale Totalexstirpation, für die des Collum sind nur die Methoden von Wertheim und von Schuchardt zulässig. Die primäre Sterblichkeit kann nicht gegen den abdominalen Weg angeführt werden, sie sank in Tübingen von 16 auf 0%; die 2jährigen Heilungen betrugen 44%. Ob die Drüsenausräumung an den besseren Erfolgen das Verdienst hat oder mehr die ausgedehnte Entfernung der Parametrien, ist noch unentschieden. Döderlein hat die Drüsensuche nicht aufgegeben, jedoch auf die Entfernung der transperitoneal tastbaren, durch Größe und Härte als krebsig erkennbare Drüsen beschränkt.

Mohr (Bielefeld).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 41. Sonnabend, den 14. Oktober. 1905.

Bemerkungen zur Resektion des Wurmfortsatzes.

Von
Th. Kölliker in Leipzig.

Seit einem Jahre bediene ich mich bei der Resektion des Wurmfortsatzes eines Schnittes, der sehr wenig verletzend ist und vor Bauchbrüchen ebenso schützt wie die Etagennaht. Es ist ein wenig geneigter Schnitt. Er beginnt am MacBurney'schen Punkte und verläuft in der Richtung nach der Mitte der Symphyse etwa 8 cm nach abwärts. Nachher Durchtrennung der Haut und des Unterhautfettgewebes wird die Aponeurose des Obliquus externus und das vordere Blatt der Rectusscheide zu einem Drittel bis zur Hälfte gespalten. Der Rectus wird alsdann stumpf gelöst und mit einem breiten Haken medial verschoben. Es folgt die Durchschneidung des sehnigen Teiles des Obliquus internus und Transversus, sowie der Fascia transversalis. Der Schnitt im Peritoneum wird sehr klein angelegt, etwa 3—4 cm lang. Diese Schnittführung hat den Vorteil, daß der Bauchfellschnitt in der Hauptsache unter dem Rectus liegt, und daß so gut wie keine Muskulatur, höchstens einige Fasern vom Obliquus internus durchschnitten werden. Beim Verschluß der Wunde wird das Peritoneum isoliert vernäht, der Rectus überdeckt die Naht, eine zweite Nahtreihe umfaßt sämtliche andere Schichten. Sehr häufig habe ich auch die Wunde einfach mit durchgreifender Naht verschlossen. Ergibt sich nach Eröffnung der Bauchhöhle, daß Verwachsungen bestehen und die Auffindung und Lösung des Wurmfortsatzes Schwierigkeiten macht, dann kann immer noch in solchen Fällen der Schnitt nach einer oder beiden Seiten hin verlängert werden, um die Verhältnisse übersichtlicher zu gestalten. Für derartige Fälle, bei denen die Auffindung und Auslösung des Wurmfortsatzes sich schwierig macht, möchte ich noch auf zwei Punkte aufmerksam machen.

Die Lage des Wurmfortsatzes kann man nach Freilegung des Coecum leicht feststellen, wenn man auf den Verlauf der vorderen Tänie des Coecums achtet. Der verwachsene Wurmfortsatz zieht die Tänie nach seiner Richtung hin, so daß eine Tänie, die nach der medialen Seite hin konvex gerichtet ist, für retrocoecal gelagerten Wurmfortsatz spricht. Ist die Tänie nach der lateralen Seite hin konvex, dann ist der Wurmfortsatz medial oder nach dem kleinen Becken hin verlagert. Sehr instruktiv sind nach dieser Richtung hin die Abbildungen 327, 330, 331, 332, 333 in Zuckerkandl's Atlas der topographischen Anatomie. Zuckerkandl bezeichnet allerdings diese Varietäten des Proc. vermiformis als physiologische Verhältnisse, eine Ansicht, der ich nicht beitreten kann. In einer Anzahl der Figuren — wie z. B. Fig. 332 — liegen sicher entzündliche Veränderungen vor.

Sehr erleichtert wird die Lösung eines verwachsenen Wurmfortsatzes ferner, wenn man ihn sofort nach Freilegung seiner Ursprungsstelle am Coecum doppelt ligiert und durchtrennt. Es kann alsdann das Coecum zur Seite geschoben werden, das Operationsgebiet wird freier und übersichtlicher, und die Ausgrabung des Wurmfortsatzes von seinem proximalen zum distalen Ende vollzieht sich weit leichter, als wenn man zunächst den ganzen Fortsatz löst und ihn dann erst am Coecum abträgt.

Ich bin mir wohl bewußt, mit dieser kurzen Mitteilung nichts Neues zu bringen, vielleicht enthalten aber diese Zeilen doch einige Punkte, die jüngeren Operateuren von Wert sind.

---

1) **Vincent.** La symbiose fuso-spirollaire. Ses diverses déterminations pathologiques.

(Ann. de dermat. et de syph. 1905. p. 401.)

Der Bacillus fusiformis tritt im Mund und Darm gesunder Menschen und Tiere sowie in der Erde auf. Um seine Harmlosigkeit zu beweisen, hat ihn Verf. auf seinen eigenen Körper verimpft; jedoch in der Symbiose mit einem bestimmten, nicht kultivierbaren Spirillus sieht Verf. die Ursache des Tropengeschwürs, des Hospitalbrandes, der Angina Vincenti, der Noma, der Gangrän des Mundes und der Lungen und der Stomatitis ulcero-membranacea. Farbige Abbildungen erläutern den Text.

Klingmüller (Breslau).

---

2) Umfrage über die Ätiologie des Krebses.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 20 u. 22.)

V. Czerny (Heidelberg) legt ausführlich die Gründe dar, die ihn bestimmen, an der parasitären Theorie der Entstehung der Krebszellen festzuhalten, so sehr sie auch noch der näheren Begründung bedürfe. Die unmittelbare Übertragung des Krebses ist sicher sehr selten, durch peinliche Reinlichkeit zu verhüten, unter ungünstigen äußeren Verhältnissen aber immerhin zu fürchten. Alle Krebskranken, deren Pflege Schwierigkeiten macht, sollen daher in Sanatorien untergebracht werden. Als vorbeugendes Mittel empfiehlt sich Einschränkung aller Veranlassungen zu chronischen Entzündungen, äußere Reinlichkeit usw.

F. Henke (Charlottenburg). Die Ursache des Krebses und der bösartigen Geschwülste ist keine einheitliche. Daß der Reiz für die atypische Wucherung der Epithelzellen in einem Teile der Fälle auf einem belebten Krankheitserreger beruht, ist nicht wahrscheinlich, aber möglich. Sichere klinische Beobachtungen, daß der Krebs kontagiös ist, liegen nicht vor. Gleichwohl könnte er seine Entstehung einem belebten Erreger verdanken, der sich dann aber nicht von Mensch zu Mensch überträgt. Die Forderung der Isolierung der Kranken geht zu weit. Die Einwirkung chronischer Reize ist zu verhüten.

Brashford (London). Das schrankenlose Wachstum des Krebses ist die Folge einer Kernverschmelzung, welche im Verlaufe der Endstadien der normalen Zellvermehrung auftritt. Als natürlicher Schluß aus dieser Anschauung ergibt sich die Altersverteilung der Krankeitsgefahr, sowohl was die Lebensdauer der einzelnen Organe im selben Tierkörper wie die der verschiedenen Tierarten anlangt. Die Untersuchungen der Londoner Krebsanstalt sprechen dagegen, daß der Krebs eine parasitäre Infektion oder eine ansteckende Krankheit in dem Sinne ist, in welchem diese Begriffe bei unzweifelhaft infektiösen Krankheiten gebraucht werden. Betrachtungen über Prophylaxe und Therapie (frühzeitige chirurgische Behandlung) können nur spekulativer oder empirischer Natur sein, bis wir gelernt haben, das Wachstum des Krebses bei der experimentellen Fortpflanzung nach unserem Belieben zu beeinflussen. **G. Schmidt** (Berlin).

---

3) **G. A. Wollenberg.** Die Arterienversorgung von Muskeln und Sehnen.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Mit Hilfe von Quecksilberinjektionen nach den Vorschriften von Opitz, Hildebrand und Lexer und von Röntgenstrahlen studierte Verf. den Verlauf der Arterien in den Muskeln und Sehnen der unteren Extremität des Neugeborenen und des Erwachsenen. Die Untersuchung führte zu sehr interessanten Ergebnissen, die mit Hilfe vorzüglicher Abbildungen an den einzelnen Muskeln demonstrativ vorgeführt werden. Die Untersuchung hat auch praktischen Wert, da z. B. nachgewiesen werden konnte, daß die Arterienversorgung der Gefäße aus dem Peritendineum stammt und weder vom Muskelbereich noch von der Insertionsstelle her erfolgt. Nach Durchtrennung einer Sehne brauchen demnach Ernährungsstörungen des peripheren Abschnittes der Sehne nicht befürchtet zu werden. Man hat aber darauf zu achten, daß man die Sehne nicht auf zu große Strecken von ihrem Peritendineum entblößt. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

4) **W. Werner.** Über Myositis ossificans traumatica.

Inaug.-Diss., München, 1904.

Verf. hat möglichst alle veröffentlichten Fälle von Myositis ossif. nach einmaligem Trauma mit Benutzung früherer Statistiken zusammengestellt und auch zwei neue Fälle der Münchener Klinik anfügen können, zusammen 101 Fälle. Durch kritische Würdigung der früheren Arbeiten und ihrer Ansichten über die Entstehung der Myositis ossif. traum. ist er zu folgenden Resultaten gekommen: die von der Myositis ossif. progressiva multiplex streng getrennte lokalisierte Muskelverknöcherung ist einzuteilen in:

1) periostogene, entweder im Zusammenhange mit dem Knochen oder intramuskulär entstanden,

2) myogene, als Produkt der eigentlichen Myositis ossif. traumatica,

3) Mischformen, entweder aus Nebeneinanderhergehen der Prozesse von 1 und 2 oder durch sekundäres Inverbindungtreten eines myogenen Muskelosteoms mit dem Knochen entstanden.

Alle drei Formen entstehen nach ein- oder mehrfachem Trauma. Ein Literaturverzeichnis von 252 Nummern ist beigefügt.

Renner (Dresden).

---

5) **Sarwey.** Bakteriologische Untersuchungen über Händedesinfektion und ihre Endergebnisse für die Praxis. Mit 4 Lichtdr.-Taf. III, 91 S. 8.

Berlin, **August Hirschwald,** 1905. *M* 2.40.

Der um die Frage der Händedesinfektion verdiente Verf. berichtet in der vorliegenden Monographie über zahlreiche neue einschlägige Versuche, die er in der Hauptsache zu dem Zweck angestellt hat, um dem von Ahlfeld aufgestellten Dogma von einer »absoluten Sicherheit der Keimfreimachung der Hände« den Boden zu entziehen. An der Hand eingehender Nachprüfungen der Ahlfeld'schen Versuchsreihen weist Verf. in einleuchtender Weise die mancherlei Lücken dieser nach, die zu der Aufstellung des nicht unbedenklichen Ahlfeld'schen Dogmas geführt haben. Zu dem genau gleichen Resultat bezüglich des Wertes der »Heißwasser-Alkoholdesinfektion« kommt eine Abhandlung von Engels.

Die Einzelheiten der exakten Ausführungen des Verf., die sich auch auf die Zurückweisung der Angriffe anderer Autoren (z. B. R. Schäffer) erstrecken, müssen im Original nachgelesen werden.

Das Ergebnis der Arbeit geht dahin, daß eine absolute Sterilität der Hände mit keiner Methode herbeigeführt werden kann, daß ein wesentlicher Faktor bei der Händedesinfektion die mechanische Reinigung bildet, daß die chemische Desinfektion mit einem mit Alkohol kombinierten chemischen Desinfizienz auszuführen ist (2%iger Lysoformalkohol; 2‰ige alkoholische Sublaminlösung) und endlich, daß die größte Sicherheit nach vorangegangener Desinfektion durch die Benutzung von Operationshandschuhen erzielt werde.

Engelmann (Dortmund).

---

6) **Walter.** Über das Röntgen'sche Absorptionsgesetz und seine Erklärungen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Röntgen hat seinerzeit nachgewiesen, daß die Röntgenstrahlen nach dem Verlassen einer bestimmten Schicht (Aluminium, Glas, Staniol) für den betreffenden Stoff ein erheblich größeres Durchdringungsvermögen erworben haben. Diese Tatsache nennt Verf. das »Röntgen'sche Absorptionsgesetz«, welches er durch ähnliche Versuche, wie sie von Röntgen selbst früher angestellt wurden, näher zu ergründen sucht. Das Resultat seiner Experimente gibt W. in dem Schlußsatze wieder, daß »eine Röntgenstrahlung durch die Ab-

sorption in einem bestimmten Stoffe die Fähigkeit erlangt, gerade denselben Stoff relativ am besten zu durchdringen, eine Tatsache, aus der man übrigens auch praktisch bei der therapeutischen Verwendung unserer Strahlen einen gewissen Nutzen ziehen kann, indem man beispielsweise, wenn man bei der Bestrahlung tieferer Organe die darüber liegende Haut vor Verbrennung schützen will, die Strahlen zunächst durch einen dieser Haut möglichst ähnlichen Stoff hindurchgehen läßt«.

Auch die Sekundärstrahlen zeigen ähnliche Eigenschaften.

Gaugele (Zwickau).

---

7) **Rieder.** Zur Technik der Röntgenstrahlentherapie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Je nach Sitz und Ausdehnung der zu behandelnden Krankheitsherde muß sich das Bestrahlungsverfahren verschieden gestalten. Um unliebsame Hautreaktionen zu vermeiden, ist eine sorgfältige Dosierung der Strahlen und eine rechtzeitige Unterbrechung der Bestrahlung am Platze.

Zu therapeutischen Bestrahlungen sind nur erstklassige Röhren mit regulierbarem Vakuum zu empfehlen, und zwar für oberflächliche Krankheitsherde weiche Röhren mit 20 cm Antikathodenabstand; für tieferliegende Organe härtere mit 30 cm Antikathodenabstand, wobei zweckmäßig die leichter absorbierbaren Strahlen durch aufgelegte Tücher usw. zurückgehalten werden. Kleine Induktoren sind zwar ausreichend, große aber vorzuziehen, weil nur dann ein länger dauernder, geregelter Betrieb der Vakuumröhren möglich ist. Bei Anwendung eines elektrolytischen Unterbrechers pflegt R. nur 7 bis 8 Minuten bei einer primären Stromstärke von 10 bis 12 Ampères zu bestrahlen, und zwar 3 bis 4 Tage nach einander; danach wieder Pause von ca. 2—3 Wochen. Bei eintretender Folliculitis oder Hautröte ist sofort auszusetzen. Zum Schutze für Pat. und Ärzte empfiehlt R. $^1/_2$ mm dicke Bleiplatten und von Grashey angegebene Polyphos-Blendenkästchen.

Gaugele (Zwickau).

---

8) **Wills.** Acne vulgaris and its treatment.

(Bristol med.-chir. journ. 1905. June.)

W. berichtet über einige äußerst hartnäckige Fälle von Akne pustulata et indurata, welche durch Röntgenstrahlen geheilt wurden. Am besten ist, eine leichte Reaktion in Form eines Hauterythems hervorgerufen, worauf nach vorübergehender Verschlimmerung eine vollständige Abschälung der Haut mitsamt den erkrankten Follikeln erfolgt. Die zunächst sehr empfindliche Haut gewinnt allmählich wieder ihre normale Beschaffenheit. Eine geeignete Nachbehandlung ist notwendig, um Rezidive zu verhüten. Im ganzen wurden in 10 Fällen gute Erfolge erzielt.

Mohr (Bielefeld).

---

9) **Sabourand.** Sur la radiothérapie des seignes.

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. p. 577.)

Verf. ergänzt in diesem Aufsatze seine bereits in den Pasteurschen Annalen (Januar 1904) mitgeteilten sehr günstigen Erfahrungen über die Radiotherapie bei der scherenden Kopfflechte, einer Erkrankung, welche bekanntlich in Paris sehr häufig, bei uns in Deutschland fast gar nicht vorkommt. Er appliziert etwa $4^1/_2$ bis 5 H, worauf nach ungefähr 15 Tagen eine vollständige Depilation eintritt. Die Resultate sind nach der großen Erfahrung des Verf.s so günstig, daß die Radiotherapie jede andere Behandlung verdrängt hat.

Klingmüller (Breslau).

---

10) **H. Kirchner.** Über die kosmetischen Vorzüge der Heilung von Lidkrebsen durch Radiumstrahlen und die Methode der Behandlung.

(Ophthalmologische Klinik 1905. Nr. 10.)

Operative Entfernung von Lidkrebsen mit Plastik gibt meist schlechte kosmetische Resultate, Behandlung mit Röntgenstrahlen hat häufig unheilvolle Folgen. Verf. empfiehlt daher Versuche mit Radiumbromid, welche ihm ausgezeichnete kosmetische Resultate ohne jede Gefährdung der Umgebung lieferten. Einen großen Teil bisher beschriebener Mißerfolge möchte er damit erklären, daß man die Radiumstrahlen zu lange einwirken ließ und dadurch auch die Zellen des Grundgewebes schädigte, welche nun der Zellen der Neubildung nicht mehr Herr werden konnten.

Man soll die geringste Dosis feststellen, welche die pathologischen Gewebe verschwinden läßt. Verf. hat das eine Milligramm Radiumbromid, welches er benutzt, in eine besonders kleine Messingkapsel fassen lassen, so daß er nun genau lokalisieren, und was bei Lidkrebs besonders wichtig ist, das Lid von beiden Seiten bestrahlen kann. Er bestrahlt nur 15—20 Minuten, in Zwischenräumen von 2—3 Tagen, jedesmal eine neue Stelle, event. nach ca. 3 Wochen noch einmal. Bei auswärtigen Patienten kann man auch an einem Tage eine ganze Reihe Bestrahlungen vornehmen. Die Stärke der Wirkung seines Präparates soll jeder Besitzer an der eigenen Haut ausprobieren.

Renner (Dresden).

---

11) **L. Brieger** und **A. Mayer**. Licht als Heilmittel. Moderne ärztliche Bibliothek Hft. 10. 36 S. gr. 8.

Berlin, **L. Simion Nachf.**, 1905. *M* 1.—.

Die Verff. schildern hauptsächlich die therapeutische Anwendung des Lichtes in übersichtlicher und klarer Darstellung: I. Natürliche Lichtbäder (Sonnenlicht, diffuses Licht); II. Das elektrische Glühlicht als Heilmittel; III. Das elektrische Bogenlicht in der Therapie (die Wirkung der chemischen Strahlen des Lichtes), a. nicht konzentriertes Bogenlicht, b. stark konzentriertes Licht; IV. Chromotherapie; V. Radiotherapie.

Die kleine Schrift enthält natürlich nur die Grundzüge der Lichttherapie und ist deshalb zur Einführung sehr geeignet.

Klingmüller (Breslau).

---

12) **G. Fichera.** Sulla ipertrofia della ghiondola pituitaria consecutiva alla castrazione.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Nr. 6 u. 7.)

Bei kastrierten (männlichen wie weiblichen) Tieren tritt eine Vergrößerung der Hypophysis auf; dieselbe ist histologisch durch eine wahre Hypertrophie ihres drüsigen Anteils und Vermehrung der eosinophilen Zellen gekennzeichnet. Sie tritt sehr rasch nach der Kastration auf und wird andererseits durch Injektion von Hodensaft sehr rasch zur Rückbildung gebracht. Da auch bei Schwangerschaft Veränderungen der Hypophysis beobachtet werden, und bei der Akromegalie, bei welcher sie häufig vergrößert ist, Veränderungen der Genitalien und ihrer Funktion nicht selten sind, so glaubt F., daß bestimmte Beziehungen zwischen der Hypophysis und den Genitaldrüsen bestehen müssen, welche durch die innere Sekretion vermittelt werden.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

13) **Partsch.** Die Zähne als Eingangspforte der Tuberkulose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 39.)

Der Eintritt der Tuberkelbazillen durch die Zähne in den Organismus ist durch verschiedene Momente sehr erschwert. Die Zahl der bisher veröffentlichten Fälle, in welchem der Eintritt auf diesem Wege erfolgt sein soll, ist nicht sehr groß; außerdem ist bei allen diesen nach Verf.s Ansicht die Möglichkeit der Infektion auf anderem Wege nicht auszuschließen, zum Teil sogar sehr wahrscheinlich. Ein vom Verf. ansführlich mitgeteilter Fall, in welchem jede andere Möglichkeit ausgeschlossen ist, und welcher vom Beginn an sehr sorgfältig beobachtet werden konnte, ist daher von besonderer und grundlegender Bedeutung.

Renner (Dresden).

---

14) **Partsch.** Die Kinnfistel.

(Korrespondenzblatt für Zahnärzte Bd. XXXIV. Hft. 1.)

Die Mehrzahl der Kinnfisteln hat ihren Grund im Zerfall der Pulpa eines oder mehrerer Zähne, die äußerlich scheinbar unversehrt sein können. Die Nekrose der Pulpa erklärt Verf. durch Blutungen, wie sie besonders bei den unteren Schneidezähnen leicht durch Traumen zustande kommen. Der Zutritt von Bakterien zur Pulpa läßt sich leichter durch feinste Sprünge in Schmelz und Dentin, als auf hämatogenem Wege erklären. Die oft vorkommende Erfolglosigkeit längerer chirurgischer Behandlung der Kinnfisteln ist dadurch bedingt, daß die äußerlich anscheinend unversehrten Zähne für gesund gehalten werden. Sachgemäße zahnärztliche Behandlung der Zähne

bringt die Fistel meist ohne weiteres zur Heilung. Mitteilung von 13 einschlägigen Krankengeschichten. **Renner** (Dresden).

---

15) **T. Stoker.** On operation for closure of cleft palate in infants.

(Brit. med. journ. 1905. June 24.)

Verf. empfiehlt auf Grund dreier von ihm operierter Fälle von Gaumenspalten die von Brophy (Chicago) eingeführte Methode, bald nach der Geburt durch eine besondere Nahtführung die beiden Oberkieferhälften nebst hartem Gaumen einander zu nähern, wenn möglich bis zur Berührung der angefrischten Ränder des Spaltes. Ist das Kind über 3 Monate alt, so wird der Erfolg ausbleiben wegen der vorgeschrittenen Ossifikation. Je jünger das Kind, desto geringer der Chok des noch nicht entwickelten Nervensystems, desto größer die plastische Biegsamkeit der Knochen, desto besser die Anpassung von Knochen, Zähnen und Weichteilen an die veränderten Verhältnisse, desto geringer die Gefahr einer fehlerhaften Sprache. Die Methode selbst besteht in folgendem: gründliche Anfrischung der Spaltränder, Durchführung eines Seidenfadens mit starker Nadel ganz hinten durch den Oberkiefer oberhalb des harten Gaumens bis zum Spalt, desgleichen Durchführung des anderen Fadenendes von der anderen Seite her, knüpfen beider Enden im Spalt und Ersatz des Seidenfadens mit seiner Hilfe durch Silberdraht. In gleicher Weise wird ein zweiter Silberdraht mehr nach vorn durch die beiden Oberkieferhälften geführt. Die Drähte werden jederseits durch kleine Bleiplatten, die der bukkalen Oberfläche des Kiefers angepaßt sind, geführt, stark angezogen bis zur Vereinigung der Spaltränder, und beiderseits das Ende des vorderen mit dem Ende des hinteren Drahtes über den Platten vereinigt. Zum Schluß werden Vorder- und Zwischenkiefer beweglich gemacht, angefrischt und zwischen die Oberkieferhälften zurückgebracht. Die Drähte bleiben ohne Schaden mehrere Wochen liegen. Die Erfolge waren gut.

W. Weber (Dresden).

---

16) **E. Hess.** Über die Lage der Abbiegungspunkte an der Wirbelsäule bei Seitwärtsbiegung des Rumpfes nach Beobachtungen an 884 Fällen von Skoliosen und runden Rücken. 30. Mitteilung aus dem orthopädischen Institut von Dr. A. Lüning und Dr. W. Schulthess, Privatdozenten in Zürich.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Schulthess hat bei der Untersuchung seiner Skoliosenfälle stets auch darauf geachtet, die Abbiegungspunkte der Wirbel bei Bewegungen des Rumpfes nach der Seite hin festzustellen. Es erschien nicht unwahrscheinlich, daß dieselben Punkte auch bei der Erhöhung des Längsdruckes am ehesten seitlich ausweichen. In vorliegender Arbeit

ist das Material in erschöpfender Weise mit Hilfe von Kurven usw. dargestellt. Wir können hier das Wesentliche der Schlußfolgerungen anführen:

1) Die Abbiegungspunkte konzentrieren sich beiderseits in der Lendenwirbelsäule.

2) Die Brustwirbelsäule weist in ihrer unteren und mittleren Region meist nur eine spärliche Frequenz auf, wobei die Zahl der rechtskonvexen Abbiegungspunkte die der linkskonvexen überwiegt.

3) Die linkskonvexe Ausbiegung in der Lendenwirbelsäule zeigt typische Punkte, die rechtskonvexe nicht, da der flachere Verlauf ihrer Kurve die linkerseits vorhandenen Knickungen vermissen läßt.

4) Bei der Abbiegung der Rumpfes nach links (rechtskonvexen Ausbiegung) entstehen Abbiegungspunkte oft auch sekundärer Natur am 5. Lendenwirbel.

Verf. ist außerdem der Meinung, daß in der etwas höheren und typischeren Lage der linkskonvexen Abbiegungspunkte, wie in der etwas weniger typischen Anordnung der rechtskonvexen unbedingt ein gesetzmäßiges Verhalten zu erkennen ist, das als physiologisch betrachtet werden darf. **J. Riedinger** (Würzburg).

17) **Codmann** and **Chase.** The diagnosis and treatment of the carpal scaphoid and dislocation of the semilunar bone.

(Annals of surgery 1905. Nr. 6.)

Die Arbeit setzt jene fort, über welche in Nr. 21 d. J. in dieser Zeitschrift berichtet wurde. Während in der ersten Hälfte von dem Bruch des Kahnbeins die Rede vor, wird hier die Verrenkung des Os lunatum mit und ohne Bruch des Kahnbeins besprochen. Nach Leichenversuchen erklärt C. das Zustandekommen der Verrenkung des Os lunatum folgendermaßen. Das Handgelenk kann bis 90° gebeugt werden, und zwar steht die proximale Handwurzelknochenreihe dann im Winkel von 45° zu den Vorderarmknochen und die distale Reihe wieder im Winkel von 45° zur proximalen. Dasselbe gilt für die Streckung des Handgelenks. Bei forcierter weiterer Streckung reißt das Band, welches am hinteren Horn des Os lunatum ansetzt, und dieser Knochen gleitet jetzt nach vorn (distal), während das Os multangulum nach hinten, dem Radius zu schlüpft. Die Symptome bestehen in heftigem Schmerz und großer Beschränkung der Beweglichkeit des Handgelenks; ein dorsaler Vorsprung, welcher der Hand eine Gabelgestalt gibt, rührt vom verschobenen Os multangulum her. Ist Krepitation zu fühlen, so kann man auf einen Bruch des Kahnbeins schließen. Die Diagnose ist, ebenso wie die der Verletzung der übrigen Handwurzelknochen, schwer und ohne Röntgendurchleuchtung kaum zu stellen. Die Behandlung besteht bei Dislokation des Os semilunare ohne Fraktur des Kahnbeins in dem Versuche der unblutigen Reposition, wenn dieses fehlschlägt in der blutigen Reposition, und erst wenn diese nicht gelingt, in der Exstirpation. Ist die Verrenkung durch

einen Bruch des Kahnbeins kompliziert, so wird die Reposition versucht und die Hand einige Wochen geschont; wenn die Reposition nicht gelingt, so werden beide Bruchstücke des Kahnbeins exstirpiert und die Reduktion des Mondbeins versucht. Eine große Anzahl Krankengeschichten und Röntgenbilder sind der sorgfältigen Arbeit angefügt.

Herhold (Altona).

---

18) **H. Spitzy.** Aus den Grenzgebieten der Chirurgie und Neurologie. Die Obturatorius-Cruralisplastik.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Verf., der durch Tierversuche am Hunde nachweisen konnte, daß ein leitungsunfähig gewordener Nerv durch Einschaltung und Angliederung an ein anderes, unversehrtes Leitungsnetz wieder funktionsfähig gemacht werden kann, hat schon in früheren Mitteilungen die Möglichkeit, die Aussichten, die Ausführbarkeit, die Indikationen und die Erfolge der »Neurotisation« am Menschen erörtert. Er hat nun begonnen, die verschiedenen, am Tier ausgeführten Bindungen auch beim Menschen durch Leichenversuche auf ihre technische Durchführbarkeit zu prüfen. In der vorliegenden Arbeit berichtet er nach genauer topographischer Orientierung über den Verlauf der in Betracht kommenden Nerven über den Versuch, eine Operationsmethode auszuarbeiten für Neurotisierung des N. cruralis vom N. obturatorius her bei Streckerlähmung an den unteren Extremitäten. Verwandt wird zur Plastik der oberflächliche Ast des N. obturatorius. Die Art der Plastik ist die einer zentralen Implantation: Das zentrale Ende des bahngebenden Obturatorius wird in den gelähmten Cruralis eingepfropft.

Ermuntert durch seine Versuche hat sich Verf. auch entschlossen, die Operation bei Kindern mit poliomyelitischer Lähmung des Quadriceps vorzunehmen. Der Gang der Operation und die Technik der Implantation werden des näheren beschrieben.

J. Riedinger (Würzburg).

---

19) **G. A. Wollenberg.** Beitrag zur Technik der Sehnenplastik.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Bei der Extensorenverkürzung zur Beseitigung der Equinusstellung des Fußes überbrücken die Extensoren die Konkavität des Fußrückens wie ein straff gespanntes Seil. Es ist meist unmöglich, die Fascie über dem straffen Extensorenbündel zu vernähen. Um die Haut nicht einfach über den gespannten Sehnen vernähen zu müssen, wendet Verf. eine Fascienplastik an. Er bildet aus der Fascia cruris zwei seitliche Lappen mit oberer Brücke, zieht dieselben quer über die Sehnen und vernäht sie miteinander. Noch praktischer gestaltet sich die Ausführung, wenn man etwas längere Fascienlappen über den gespannten Sehnen kreuzt und die freien Enden je mit dem gegenüberliegenden Rande der Fascia cruris vernäht. Auf diese Weise entstehen künst-

liche Vincula tendinum oder Ligamenta cruciata. Bedingung für das Gelingen der Operation ist das Vorhandensein einer kräftigen, widerstandsfähigen Fascie und genügende Haltbarkeit der Sehnennaht.

J. Riedinger (Würzburg).

---

20) **H. Duclaux.** L'ostéomyelite de la hanche; formes cliniques.

Thèse de Paris 1905.

Verf. unterscheidet klinisch zwei Formen von Osteomyelitis der Hüfte, die der Säuglinge und die später im Säuglingsalter auftretende. Erstere spielt sich im Gelenk ab, das schnell vereitert; sie ist zwar stürmisch und schwer in ihrem Verlauf, läuft aber nach der Operation schnell ab, meist ohne spätere Schädigungen zurückzulassen. Umgekehrt tritt die Spätform, welche mehr peripher im Kopf und Hals sitzt, weniger heftig und akut auf, hat dafür aber mehr Neigung zu Fistelbildung und Neigung zu pathologischen Verrenkungen, Frakturen usw.

Coste (Straßburg i. E.).

---

21) **H. Turner** (St. Petersburg). Einige Ergänzungen zur Technik der Sehnentransplantationen.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Bei der Transplantation der Kniebeuger auf die Streckseite erweisen sich die Beuger oft als zu kurz. T. begegnet dieser Schwierigkeit dadurch, daß er von der Tuberositas tibiae oder von der Kniescheibe Periost ablöst, nach oben umschlägt und mit der herangezogenen Sehne vereinigt. T. war mit den praktischen Erfolgen zufrieden.

J. Riedinger (Würzburg).

---

22) **A. Wittek.** Erklärungsversuch der Entstehung der supramalleolären Längsfraktur der Fibula.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 507.)

Nachdem Verf. erkannt hatte, daß die supramalleoläre Längsfraktur der Tibia nicht ausschließlich als Supinationsfraktur, wie Bering angenommen hatte, sondern bei allen möglichen Frakturmechanismen vorkommt, suchte er nach einer anderen Erklärung und fand sie in den Struktureigentümlichkeiten des unteren Fibulaendes. Auf einem durch die Crista anterior gelegten Sagittalschnitt erkennt man nämlich, daß die Fibula an ihrer Hinterseite viel schwächer ist als an der vorderen. Die Fraktur beginnt stets 4—5 Querfinger breit oberhalb der Spitze des Malleolus externus an einer Stelle, wo die Corticalis der Hinterseite der Fibula am stärksten verdünnt ist. Sie verläuft dann schief nach vorn absteigend entsprechend der starken Corticalis der Crista anterior.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

23) **Blencke.** Ein kleiner Beitrag zur Etappenbehandlung des Klumpfußes mit Gipsverbänden.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

B. erinnert daran, daß der Magdeburger Arzt Dr. Blick schon vor etwa 50 Jahren den Klumpfuß mit redressierenden Gipsverbänden zu behandeln verstand. Das Verfahren desselben gleicht dem späteren Wolff'schen fast vollkommen. Von Blick erschien aber nur eine kleine Mitteilung im Jahre 1870 in der Berliner klin. Wochenschrift; er wurde deshalb vergessen. **J. Riedinger** (Würzburg).

24) **A. Saxl.** Der transitorische paralytische Klumpfuß nebst Bemerkungen zur Therapie des paralytischen Klumpfußes.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Als transitorische Klumpfüße bezeichnet Verf. diejenigen paralytischen Klumpfüße, bei welchen die Deformität nur in belasteter Stellung zum Vorschein kommt. In unbelastetem Zustande steht der Fuß in Spitzfußstellung, wobei auch die Fußwölbung verstärkt ist. Man findet die Wadenmuskulatur und die Mm. peronaei gut erhalten; dagegen ist der Tibialis anticus ganz oder teilweise gelähmt, der Extensor digit. communis und der Extensor hallucis können paretisch sein. Der Mechanismus der Lähmung wird näher beschrieben. Auch die Therapie wird besprochen. Ist der Klumpfuß schon vorhanden, so ist er zunächst dem modellierenden Redressement nach Lorenz zu unterziehen. Erst nach einigen Wochen wird transplantiert.

J. Riedinger (Würzburg).

25) **Muskat.** Heftpflasterverbände zur Behandlung des statischen Plattfußes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 29.)

Die Technik des Verbandes ist eine sehr einfache; die Behandlung ist ambulant, die Erfolge sollen sehr gute sein.

Borchard (Posen).

26) **R. Giani** (Turin). Die Funktion des M. tibialis anticus in Beziehung zur Pathogenese des statisch-mechanischen Plattfußes.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Bei einem 4 Jahr alten Knaben konnte infolge einer Verletzung der Ausfall der Funktion des Tibialis anticus beobachtet werden. Als Folge der Verletzung war eine reine Spitzfußstellung aufgetreten, die durch Sehnenoperationen beseitigt wurde, nämlich durch Transplantation des zentralen Stumpfes des eigentlichen Streckers der großen Zehe auf die Sehne des Tibialis anticus, Verpflanzung der Sehne des Streckers der großen Zehe auf den gemeinsamen Strecker der Zehen, Umstülpung des gemeinsamen Streckers der Zehen, schließlich Verlängerung der Achillessehne.

Verf. hat nun eine große Reihe von Versuchen mittels des faradischen Stromes an Lebenden angestellt, um zu prüfen, ob dem Tibialis anticus außer der Wirkung der Plantarflexion auch die Wirkung der Adduktion, die in dem erwähnten Falle fehlte, zukommt.

In 53,16% der Fälle war die Adduktionsfähigkeit stark ausgebildet, in 39,83% der Fälle war sie leicht oder kaum ausgedrückt und in 7% der Fälle fehlte sie vollständig. Das Fehlen der Adduktionsfähigkeit des Tibialis anticus ist nicht an das Vorhandensein eines Plattfußes gebunden. Verf. ist eher geneigt zu glauben, daß die in manchen Fällen nachweisbare leichte Deformität des Fußes der fehlenden oder abnorm verminderten Adduktionsfunktion zugeschrieben werden muß. Ferner gelang es trotz der 300 untersuchten Fälle niemals, festzustellen, daß die Form des Fußes da verändert war, wo das Adduktionsvermögen des Muskels vorhanden war, während oft da, wo das Fehlen einer solchen Funktion nur monolateral war, auch die fehlerhafte Form des Fußes monolateral-isolateral war. Verf. sieht deshalb in dem Fehlen der Adduktionstätigkeit des M. tibialis anticus eine Prädisposition für den Plattfuß, der weiterhin auf statisch-mechanischem Wege sich ausbildet.

J. Riedinger (Würzburg).

---

27) **Gelinsky.** Das frei artikulierende Os Vesalianum tarsi duplex im Röntgenbilde.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 6.)

Auf dem Holzschnittdrucke zweier Fußskelette von Andreas Vesal aus dem Jahr 1568 sieht man in dem Winkel zwischen der Basis des Metatarsus V und Cuboid ein kleines Knöchelchen liegen. Dieses letztere findet sich jedenfalls sehr selten, kommt aber in der Tat vor. So veröffentllichte Spronk 1887 ein rechtsseitiges selbständiges Os Vesalianum bei einem neugeborenen weiblichen Individuum mit Polydaktylie an beiden Händen und Füßen. Das Os Vesalianum ist nicht zu verwechseln mit dem an derselben Stelle liegenden Sesambein in der Endsehne des M. peroneus longus, sondern steht in ausgesprochener Beziehung zum Os metatarsale V, indem es die ihm fehlende Tuberositas bildet. Verf. konnte ein solches durch das Röntgenbild bei einem 15jährigen Bäckerlehrling nachweisen. Es ist das der dritte in der Literatur veröffentlichte Fall. Auf Grund des Röntgenbefundes glaubt G. mit Gruber und Pfitzner, daß die Tuberositas ossis metatarsi V ein selbständiges artikulierendes Tarsale in früheren Epochen gewesen ist. In der Deutung von Röntgenbildern Unerfahrene dürften leicht, besonders bei Vorhandensein von Schmerzen, einen solchen Befund für krankhaft halten.

Gaugele (Zwickau).

---

28) **Kirchner.** Der zwanglose Gang (Wanderschritt) und die beim Gehen entstehenden Mittelfußknochenbrüche.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1905. Hft. 8.)

Beim zwanglosen Gange schwingt das Hangbein in gebeugter Stellung am Standbein vorbei und bewegt sich weiter vorwärts bis

zur völligen Streckung im Kniegelenk, dann folgt wieder eine leichte Beugung im Kniegelenk und in dieser Stellung wird das Bein aufgesetzt, und zwar zunächst mit der Ferse, dann mit der ganzen Fußsohle. Die durch den Gesamtschwerpunkt verlaufende Schwerlinie des Körpers fällt sehr nahe dem inneren Fußrande in die Unterstützungsfläche des jeweiligen Standbeines. Die Hauptkörperlast ruht daher zunächst auf den starken Metatarsus I und den an ihn schließenden Mittelfußknochen. Gerät nun die Fußsohle auf eine geringe Bodenerhebung, so fällt das Körpergewicht nicht sofort auf den I. Metatarsalknochen, sondern die Last drückt jetzt auf den II. und III. Mittelfußknochen, welche diesem Druck nicht gewachsen sind, namentlich bei feldmarschmäßiger Belastung des Körpers. Die Folge ist dann der Einbruch dieser Knochen. Die Unterschenkelmuskeln, namentlich die Beuger, haben nun das Bestreben, durch verstärkte Kontraktion diese Knochen (II und III) zu schützen; sind die Muskeln jedoch durch einen langen Marsch ermüdet, so bleibt dieser Schutz aus. Nach Verf. erfolgt der Mittelfußbruch in dem Zeitraum eines Doppelschrittes, in welchem der Fuß mit der ganzen Fußsohle aufgesetzt ist.

Herhold (Altona).

---

29) **J. Fränkel.** Über den Fuß der Chinesin.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Die Bilder, die Verf. auf dem Röntgenkongreß demonstrierte, stammen von einem 10 Jahr alten Mädchen, einer 24 Jahr alten und einer 32 Jahr alten Frau aus China. Die Bandagierung der Füße hatte im 5. Lebensjahre begonnen. Da die Röntgenaufnahmen bei bekleidetem Fuß gemacht wurden, so kann aus denselben mit Deutlichkeit ersehen werden, wie der verkrüppelte Fuß beim Gehen und Stehen benützt wird. Nach erklärenden Betrachtungen über die Schuhform und die Art des Bandagierens der Füße schildert Verf. die Veränderungen an den einzelnen Knochen und ihre speziellen Lagebeziehungen, wie sie von den Röntgenbildern abzulesen sind. In manchen Punkten stimmt F. mit früheren Beobachtern nicht überein. So führt er aus, daß sich der Fuß der Chinesin mehr mit dem Hackenfuß als mit dem Spitzfuß vergleichen läßt. Die Veränderungen sind teils primärer, teils sekundärer Natur.

J. Riedinger (Würzburg).

---

30) **Carlier.** Les varices dans l'armée et leur traitement chirurgical.

(Arch. méd. et de pharm. militaires 1905. Juin et Juillet.)

C. hat ausgerechnet, daß der französischen Armee jährlich etwa 3000 Mann durch Varicen verloren gehen; er redet deswegen der chirurgischen Behandlung sehr energisch das Wort. Hervorgerufen wird die Krankkeit durch mechanische Ursachen und durch eine bestehende Nachgiebigkeit der Wand. Zu den mechanischen Ursachen gehört nicht nur langes Stehen bei schwerer Arbeit, sondern auch

langdauernde Märsche, welche eine Ermüdung der Muskeln bedingen und dadurch infolge mangelnder Kontraktionen den Rückfluß des Blutes nicht genügend befördern, können sie hervorrufen. Eine Verschlimmerung geringfügiger Varicen durch den militärischen Dienst nimmt C. daher unbedingt an. Die Hauptsache bei der Entstehung der Varicen ist aber die Prädisposition des Individuums, sei es eine hereditäre, sei es eine durch Intoxikationen (Typhus, Blei, Alkoholismus usw.) erworbene. Der die Venenwand schädigende Prozeß besteht in einer sklerosierenden Entzündung der Media.

Um eine Indikation für die Operation zu finden, soll man drei Gruppen unterscheiden, a) les varices non gênantes b) varices gênantes, c) varices compliquées (durch Geschwüre, Ödeme, Ekzeme). Während die erste Gruppe orthopädisch mit Wicklungen, Massage usw. behandelt werden soll, erfordern die letzten beiden Gruppen die dreifache Trendelenburg'sche Unterbindung der Saphena mit Resektion: an der Einmündungsstelle, an der Grenze des mittleren und oberen und an der Grenze des mittleren und unteren Drittels. In schweren Fällen, in denen große Pakete von Varicen vorhanden sind, ist deren Exstirpation notwendig. Kontraindikationen gegen die Operationen geben: Lähmungen, embolische oder syphilitische Hemiplegien, Marasmus, Anwesenheit von Zucker im Urin. Von 43 durch C. operierten Leuten waren 32 Militärs; alle bis auf einen wurden wieder dienstfähig. Die restierenden kleinen Narben hinderten im Dienste nicht im geringsten. Die 43 operierten Fälle werden kurz beschrieben.

Herhold (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

Schußverletzung des Herzens. Naht. Extraktion der Kugel aus der hinteren Wand. Heilung.

Von

Prof. **v. Manteuffel** in Dorpat.

Frl. E. B., 21 Jahre alt, erhielt am 12. September 1903, $2^3/_4$ Uhr nachmittags, aus angesetztem 5 mm-Revolver bei entblößter Brust einen Schuß in den 4. linken Interkostalraum. Sie fiel in Ohnmacht, wachte ab und zu auf, erbrach, erhob sich schließlich um $4^1/_2$ Uhr und schellte nach der Bedienung. Diese brachte eine befreundete barmherzige Schwester herbei, die Kampfer injizierte. Erst um 6 Uhr 20 Minuten wurde ich gerufen. Ich fand die Pat. blaß, cyanotisch, Puls 88, kaum zu fühlen. Im Erbrochenen kein Blut, Pleuren frei. Einschuß dicht am Sternalrande, Herzdämpfung nicht vergrößert. Pat. kollabiert mehrfach noch während der Untersuchung, die mit Unterbrechungen und häufigen Kampferinjektionen ausgeführt wird. Ich glaubte, Pat. würde die Verletzung nicht lange überleben. Als aber erneute Kampferspritzen (4) den inzwischen völlig verschwundenen Puls zum Vorscheine brachten, und Pat., die schon reaktionslos mit weiten Pupillen dalag, wieder zum Leben erwachte, wagte ich nach weiteren vier Kampferspritzen den Transport in die Klinik. Hier ging es ihr so gut, daß ich schon glaubte, der Schuß sei doch nicht durch die Brustwand gegangen. Erst der Nachweis der Vergrößerung der relativen Herzdämpfung, abgeschwächte Herztöne und erneuter

Kollaps ließen mich nicht im Zweifel, daß die Füllung des Perikards mit Blut das Leben bedrohte.

12. September 1903, 12 Uhr nachts (9 Stunden nach dem Schuß), zwei Spritzen Kampfer, dann Äthernarkose. Hautschnitt längs dem linken Sternalrande beginnt in der Höhe der 3. Rippe und endigt an der 8., geht durch den Einschuß; 4. und 5. Rippenknorpel reseziert, 2 cm breiter Streifen vom Sternum entfernt. Dem Schußkanal folgend wird der Musc. triangularis durchtrennt, Arteria und Vena mammaria beiseite geschoben. Aus einer Perikardialwunde blutet es bei jeder Exspiration. Resektion auch des 6. und 7. Rippenknorpels. Umschlagsfalte der Pleura wird beiseite geschoben. Jetzt liegt der mit Blut gefüllte Herzbeutel vor. Auf eingeführter Hohlsonde wird er gespalten, das z. T. geronnene Blut entfernt. Danach zeigt sich 6 cm von der Spitze auf dem rechten Ventrikel der Einschuß, aus dem diastolisch eine Blutfontaine von $^1/_2$ m Höhe spritzt. Sofort wird der Einschuß durch eine Seidennaht geschlossen. Die Blutung steht. Wo war aber die Kugel? Das Herz wird respektvoll etwas erhoben — Perikard heil. Aber an der hinteren Wand ist die Kugel durchzufühlen; sie liegt 1 cm von der Coronaria in der hinteren Wand des rechten Ventrikels. Das Herz wird nach oben gehalten, zwei Fixationsnähte dienen als Handhaben; und nun schnitt ich auf die Kugel ein. Bei der Extraktion mit Hakenpinzette wäre sie mir fast in den Ventrikel geglitten. Ein Druck mit Zeigefinger und Daumen der linken Hand veranlaßte sie auszutreten und ins Perikard zu fallen. Naht dieser Wunde, die unter Digitalkompression nur wenig geblutet hatte. Auch die Fixationsnähte an den Enden des Schnittes werden geknüpft. Schluß der Perikardwunde mit vier Knopfnähten. Die Hautwunde im unteren Teile geschlossen, oben Gazedrainage. Sofort nach Entleerung des Blutes aus dem Perikard war der Puls vortrefflich, die Narkose ohne Störung, Cyanose verschwunden.

Verlauf. Anfangs glatt, dann stellte sich seröse Perikarditis ein, die die Entfernung einer Naht notwendig machte. Es ergoß sich recht viel reine seröse Flüssigkeit. Temperatur bis 38, Puls 130. Vom 23. September ab entleert sich keine Flüssigkeit. Die Wunde heilt glatt, II. intentione. Die ganze Zeit Geräusche am Herzen, die allmählich schwächer werden und vom 29. ab verschwinden. Am 2. Oktober steht Pat. auf, am 25. Oktober Wunde geschlossen. Zur Beobachtung noch bis zum 15. Februar 1904 in der Klinik behalten. Dann in die Heimat entlassen.

Ähnliche Verletzungen finden sich eine Anzahl in der Literatur. Operativ angefaßt wurden nur wenige. Podress machte bloß Perikardiotomie mit Erfolg. Marion führte die Naht aus (vor der Laparotomie wegen Erbrechen), aber Pat. starb. Happel machte Thorakotomie, Pat. starb. Stern verlor die Orientierung, und auch sein Pat. erlag der Verletzung.

Stoll nähte den Einschuß im linken Ventrikel mit Erfolg, Pleura verletzt. Kein Ausschuß? Im Röntgenbilde findet sich das Projektil im Pleuraraume. Stoll nimmt an, daß die Kugel zum Einschuß hinausgeschleudert wurde (?). Also mit Naht sind bisher drei Fälle von Schußverletzung des Herzens behandelt; unserer wäre der dritte. Davon ist der von Marion gestorben, die beiden anderen leben.

Ich halte den Längschnitt und ausgiebige Resektion für besser als Lappenschnitte. Namentlich bei unverletzter Pleura dürfen wir (vgl. Woinitsch, Sjanoshenski) kaum einen anderen Schnitt wählen. Ferner ist das Perikard jedenfalls zu nähen, da sonst stets Verwachsungen drohen.

Eine Extraktion eines Fremdkörpers aus dem Herzen nach operativer Freilegung und somit Eröffnung des Ventrikels ist meines Wissens früher nicht ausgeführt, und wäre somit der oben geschilderte Fall der erste. Die wesentliche Indikation zum Eingriff gibt sicher nicht das Projektil, sondern die »Herzbeuteltamponade« mit Blut (Morgagni-Rose). Der Fremdkörper ist aber natürlich zu entfernen, wo er ohne Gefahr zu erreichen ist. Und das war hier der Fall. Die Naht des Herzens ist sicher und erprobt; also konnte ich es wagen, die Wunde zu setzen und die Kugel zu extrahieren.

31) **Neurath.** Sekundäre Wachstumsstörungen nach chronischem Gelenkrheumatismus im Kindesalter.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 6.)

Verf. schildert zunächst einen Fall von akut einsetzender, allmählich fast alle Extremitätengelenke (auch die Fingergelenke) und ein oder mehrere Vertebralgelenke betreffende Gelenkserkrankung, die mit Schmerzhaftigkeit, Deformation und Funktionshemmung einhergeht und einen chronisch rezidivierenden und progressiven Verlauf nimmt. Das klinische Bild und der Verlauf der Erkrankung deckt sich vollkommen mit dem bei Erwachsenen häufigeren, im Kindesalter relativ selteneren Typus der chronischen Polyarthritis. Die unteren Extremitäten werden meist zuerst befallen; die Lokalisation in den Wirbelgelenken der Halswirbelsäule scheint besonders ein Charakteristikum der Krankheit im Kindesalter zu sein (Ref. kann dieses Symptom durch den Befund zweier derartiger Fälle bestätigen). Starke Muskelatrophie begleitet die Gelenkserkrankung und läßt die Schwellung der einzelnen Gelenke um so deutlicher hervortreten. Die Knochenveränderungen werden am genauesten durch das Röntgenogramm erkannt: eine für das Alter verhältnismäßig sehr vorgeschrittene Ossifikation, hinter den Normalmaßen des Alters zurückbleibende Knochendimensionen, eine Herabsetzung der Intensität des Knochenschattens und eine schärfere Zeichnung der Knochenstruktur, im großen ganzen das Bild der Knochenatrophie. Ankylosen werden meist durch Bindegewebssynechien vorgetäuscht. Die Atrophie der Muskeln und Knochen dürfte wohl reflektorischer Natur sein, welche Auffassung besonders Schuchardt unter Hinweis auf die Versuche Vallat's vertritt, der schon 24 Stunden nach Erzeugung einer artefiziellen Arthritis beim Tier eine deutliche (quantitative) Atrophie der benachbarten Muskeln fand. **Gaugele** (Zwickau).

32) **Katholicky** (Brünn). Ein Fall von Paget's Krankheit.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 2. Juni 1905.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 24.)

Die eigentliche Paget'sche Krankheit, Osteomalacia chronica deformans hypertrophica, pflegt mehrere Skelettknochen zu betreffen. Im K.'schen Falle war nur die eine Tibia der 60 Jahr alten Pat. (seit 10 Jahren) betroffen. Es bestand eine Krümmung derselben, derart, daß die fast normale Fibula die Sehne zu diesem Bogen darstellte. Tibia daneben verdickt, beim Stehen und Gehen Schmerzen verursachend. Von normalem Knochen ist an der Tibia nichts mehr vorhanden, dagegen hat allenthalben ein ganz eigenartiger Prozeß stattgefunden, der sich in einer netz- und balkenartigen, wabigen, spongiaartigen, kalkarmen Struktur manifestiert. Neben dieser, die Hauptmasse der Tibia bildenden, wahrscheinlich osteoiden Substanz, die mehr quergelagerte Architektur zeigt, sieht man an den peripheren Anteilen an der Konvexität eine langgestreifte Struktur. Lues lag sicher nicht zugrunde.

Der von Schmieden aus der Bonner Klinik beschriebene Fall deckt sich vollkommen mit dem vorliegenden. **Hübener** (Dresden).

33) **Sonnenberg.** Beiträge zur Kenntnis der Ostitis deformans. (Paget's Krankheit der Knochen.)

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 6.)

Verf. berichtet über drei Fälle dieser ätiologisch gänzlich unaufgeklärten Krankheit des Skelettes, welche alle typische Bilder boten, indem zuerst die Tibien ergriffen wurden und nur langsam anschließend auch weitere Knochen. Es handelte sich um eine 61jährige Frau, einen 47jährigen Mann und ein 16 Jahre altes Mädchen. Die Röntgenbilder zeigen neben Verdickungen und starken Verkrümmungen der Knochen vor allem einen teilweisen Schwund der Knochensubstanz: »die einzelnen Knochenbälkchen stehen erheblich weiter auseinander, so daß zwischen ihnen große lichte Stellen sichtbar sind. Die Spongiosa erscheint hier wie

aufgelockert. Dabei weist der Verlauf der einzelnen Knochenbälkchen, welche die auffallend grobmaschige Struktur bedingen, gegenüber der Norm Unregelmäßigkeiten auf«. Die Beckenaufnahme des einen Falles zeigt ein der Kartenherzform des osteomalakischen Beckens ganz ähnliches Bild, mit stark nach innen getriebener Pfanne rechts (Folge stärkerer Belastung des rechten Beines). Der 3. Fall — des jungen Mädchens — mahnt zu einer gewissen Vorsicht gegenüber operativen Eingriffen an ostitisch erkrankten Knochen, da sich hier nach Osteotomie zum Ausgleich der hochgradigen Verkrümmung trotz ungestörtem Verlaufe der Wundheilung eine Pseudarthrose entwickelte, der noch 13 Monate nach der Operation jede Neigung zur Callusbildung fehlte. **Gaugele** (Zwickau).

34) **Étienne.** Maladie osseuse de Paget et hérédo-syphilis.

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. Nr. 11.)

Verf. stützt die Behauptung Lannelongue's, daß die Paget'sche Knochenerkrankung mit der Hyperostose Heredosyphilitischer identisch sei, durch einen Fall. Ein Kind bekommt mit 3 Jahren eine Keratitis, gleichzeitig starke Deformation der Tibien; über der rechten Tibia befindet sich eine typisch gummöse Ulzeration. Den gleichen Zusammenhang mit Lues zeigen einige andere Fälle, die E. aus der Literatur zusammenstellt. **Klingmüller** (Breslau).

35) **E. F. Cyriax** (London). Erwiderung auf Dr. med. Patrik Haglund's »Kritische Bemerkungen« über »Henrik Kellgren's manuelle Behandlungsmethode«.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

C. sucht die scharfe Kritik Haglund's an seinem Buche über Kellgren's Gymnastikmethode zu entkräftigen (vgl. Zentralblatt für Chirurgie 1904 Nr. 51). Die Berufung auf größere Erfahrung wird bei uns nicht dazu verleiten, Lymphangitis, Scharlach, Rippenfellentzündung, syphilitische Hirnhautentzündung usw. nach Kellgren mit Gymnastik zu behandeln. **J. Riedinger** (Würzburg).

36) **Dalous** et **Lassere.** Sur le processus histologique des radioépithélites (action des rayons X sur l'épiderme normal et sur les tissus épithéliomateux).

(Ann. de dermat. et de syph. 1905. p. 305.)

Die Ansichten der Verff. gehen dahin, daß die spino-zellulären Epitheliome (Cancroide) durch die Röntgenstrahlen weniger günstig beeinflußt werden als die baso-zellulären (Ulcus rodens). Der in der Arbeit beschriebene Fall betrifft ein oberflächliches Epithelioma vegetans an der linken Wange. Nach neunmaliger erfolgreicher Röntgenbestrahlung wurde das Präparat histologisch untersucht. Die genauere Beschreibung der histologischen Details ist im Originale nachzulesen. Verff. sind der Ansicht, daß die Empfindlichkeit der einzelnen Zellarten den Röntgenstrahlen gegenüber verschieden ist. **Klingmüller** (Breslau).

37) **Bissérié.** Deux cas d'épithélioma de la langue traités par la radiotherapie (Rapp. Hallopeau).

(Bull. de l'acad. de méd. 68. ann. 3. ser. Nr. 26.)

38) **Bouchet.** Sur un cas d'épithélioma cutané de la région temporofrontale, guéri par application des rayons X.

(Ibid. Nr. 27.)

39) **A. Imbert** et **L. Imbert.** Carcinose prostato-pelvienne diffuse à marche aiguë, guérie par la radiotherapie.

(Ibid. Nr. 29.)

Von den mitgeteilten Heilungen kann die letzte mangels exakter Diagnose nicht ernstlich in Betracht gezogen werden. Auch die von Bouchet mitgeteilte

würde nicht weiter überraschen, da ähnliche Fälle zahlreich veröffentlicht wurden. Doch hat sie den Vorzug, auch durch mikroskopische Untersuchung bestätigt zu sein. Zudem gibt Bouchet sehr genaue Einzelheiten seiner Technik, die leider völlig fehlen bei dem Bericht über die Heilungen von jungen Krebsen mit Leukoplasie durch Bissérié — in drei bis vier Sitzungen! Seit Beendigung der Behandlung waren 2—3 Monate verflossen ohne Rezidiv, was im letzten Falle von Tillaux bestätigt wurde.

Ja, wenn man nur später erführe, was aus der Kranken geworden ist!

Christel (Metz).

40) **Melland.** Leucocythaemia treated by the X-rays, with a record of four cases.

(Brit. med. journ. 1905. July 1.)

Der bisher nur sehr geringen Anzahl von Behandlungen der Leukämie mit Röntgenstrahlen, die in England veröffentlicht worden ist, fügt Verf. vier Fälle seiner eigenen Beobachtung hinzu. In allen vier Fällen trat bei wöchentlich zweimaliger Bestrahlung von Milz oder Kniegelenken und einer Dauer von 20 bzw. $12^1/_2$ Minuten eine sehr auffällige Besserung im Blutbefunde, Zunahme des Hämoglobingehaltes und der Erythrocyten, Abnahme der Leukocyten, besonders der Myelocyten, der großen Lymphocyten, der basophilen und eosinophilen Zellen bei gleichzeitiger prozentualer Vermehrung der polynukleären ein. Die Milzschwellungen verkleinerten sich stark, und das Allgemeinbefinden hob sich sehr. Die genauen Blutbefunde vor, während und nach der Bestrahlung sind im einzelnen angegeben. Im ganzen also bedeutende subjektive und objektive Besserungen, aber keine Heilungen.

W. Weber (Dresden).

41) **A. R. Manby.** Radium bromide in the treatment of rodent ulcer.

(Brit. med. journ. 1905. July 1.)

Verf. berichtet kurz über recht gute Erfolge bei der Behandlung von Ulcus rodens des Gesichtes in drei Fällen mit einer 5 mg Radiumbromid enthaltenden Glastube. Durch 26 Sitzungen von durchschnittlich 20 Minuten Dauer, bzw. 19 und 7 Sitzungen von 50 Minuten Dauer wurde schnelles Verschwinden der Geschwüre und glatte Überhäutung erreicht. Wegen der kurzen Beobachtungszeit kann von Heilung noch nicht gesprochen werden.

W. Weber (Dresden).

42) **P. Reclus.** L'analgésie locale par la stovaïne.

(Bull. de l'acad. de méd. 68. ann. 3. ser. Nr. 27.)

R., welcher ausgiebigen Gebrauch vom Stovain als lokalem Anästhetikum macht — $^2/_3$ seiner Operationen werden mit seiner Hilfe ausgeführt —, hält es für völlig gleichwertig als Analgetikum, für weniger toxisch, und schreibt ihm vasodilatatorische Wirkung zu, weshalb man bei Operationen am Kopfe die Kranken sitzen lassen könne; er verwendet es in Lösungen von $^1/_2$—2%.

Außer leichter Blässe und etwas Angstgefühl sind auch bei 0,02 des Mittels keine unangenehmen Erscheinungen beobachtet worden.

Pouchet, der zahlreiche Untersuchungen anstellte, konnte zwar nie eine vasodilatatorische, wohl aber eine herztonisierende Wirkung des Mittels erkennen.

Christel (Metz).

43) **Plant and Steele.** Treatment of serous effusions by injection of adrenalin chloride.

(Brit. med. journ. 1905. July 15.)

Auf Grund von sieben Fällen von Ascites und seröser Pleuritis, die Verff. mit Adrenalininjektionen behandelt haben, berichten sie über ihre Erfahrungen. Was die Methode betrifft, so beseitigen sie durch Punktion zunächst so viel Flüssigkeit wie möglich, injizieren dann durch dieselbe Kanüle etwa 4 g einer Lösung des salzsauren Adrenalins von 1:1000 in 15 ccm Wasser. Für gewöhnlich steigt die

Temperatur nach der Einspritzung um 1 Grad, die Pulsspannung nimmt anfangs etwas zu. In fast allen Fällen genügten eine bis zwei Injektionen, um die Wiederansammlung von Flüssigkeit zu verhüten. Ein Sektionsbefund und Experimente im Reagenzglas lassen die Wirkung des Adrenalins erklärlich erscheinen durch eine Lymphgerinnung mit folgender feiner, netzartiger, sehr gefäßreicher Adhäsionsbildung, die eine Exsudation verhindert. **W. Weber** (Dresden).

44) **W. Mitchell.** Case of cutaneous anthrax treated without excision with Sclavo's antianthrax serum; recovery.

(Brit. med. journ. 1905.)

Bericht über den dritten Fall einer akuten Milzbrandinfektion, der in England ohne Operation durch Injektion des Serums von Sclavo zur Heilung gebracht wurde (Referat Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 31). Der große Milzbrandkarbunkel des oberen Augenlides heilte mit beträchtlichem Substanzverlust und folgendem Ektropion. Bei fünf Einspritzungen in 4 Tagen wurden 100 ccm Serum verbraucht; die lokale und allgemeine Besserung begann am 3. Tage nach der ersten Einspritzung. Am gleichen Tage wurden noch — entgegen anderen Berichten — vollvirulente Bazillen gefunden. Über den ursächlichen Zusammenhang von Seruminjektionen und Heilung will Verf. nicht entscheiden, glaubt aber doch an die Wirksamkeit des Mittels. **W. Weber** (Dresden).

45) **Lancereaux.** Le traitement des anévrismes des gros vaisseaux par les injections de solutions chloruro-jodiques de gélatine.

(Bull. de l'acad. de méd. 68. ann. 3. ser. Nr. 27.)

L. trägt acht neue Beobachtungen vor, aus denen der Wert der Gelatineinjektionen für die Behandlung der Aortenaneurysmen sich ergibt. Als Hauptvorteile imponieren neben der absoluten Ungefährlichkeit — Voraussetzung dabei ist die isotonische Zubereitung nach Chauffard's Vorschrift — die schnelle Beseitigung der meist großen Schmerzen, die Abnahme der Schwellung. Örtliche Reizung fehlt gleichfalls, wie in einem Falle die Autopsie 20 Stunden nach der letzten Injektion bewies. L. hält es für zweifellos, daß der Gelatine als solcher die Gerinnung begünstigende Wirkung zukomme, da der Gehalt an Kalzium, Chlorid und Säuren zu unbedeutend sei.

In der Diskussion erinnert Reynier nochmals an seinen durch Gelatineinjektionen geheilten Fall von Aneurysma arterio-ven. des Sinus cavernosus, der seit 2 Jahren gesund ist, und berichtet von einem ausgezeichneten Erfolge bei einem Aneurysma aortae. **Christel** (Metz).

46) **Nicolan.** Contribution à l'étude clinique et histologique des manifestations cutanées de la leucémie et de la pseudo-leucémie. (Aus der Jadassohn'schen Klinik in Bern.)

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. Nr. 8 u. 9.)

Verf. bespricht zunächst kurz die heutigen Ansichten über Leukämie und Pseudoleukämie und schildert dann an der Hand zweier Krankengeschichten die verschiedenartigen Hauterscheinungen bei diesen Affektionen, welche man in zwei Gruppen trennen kann: 1) Bildung von Geschwülsten, namentlich bei Leukämie, mit Vorliebe im Gesichte; 2) pruriginöse Dermatosen, welche häufiger bei Pseudoleukämie auftreten. Unter diese letzte Gruppe ist auch der vom Verf. beschriebene Fall von Érythrodermie exfoliative généralisée zu rechnen.

Klingmüller (Breslau).

47) **Audry.** Gonococcie métastatique de la peau. (Angiodermite suppurée à gonocoques).

(Ann. de dermat. et de syph. 1905. p. 544.)

Ein 19jähriger Kellner erkrankte an einer blennorrhagischen Gelenkentzündung, an welche sich ein scharlachartiges Erythem anschloß; letzteres trat zuerst an der

Sternoclaviculargegend, übereinstimmend mit der Arthritis, auf, um sich dann diffus über den ganzen Körper zu verbreiten. Nach Abblassen des Erythems erscheinen an einem Handgelenke, den Knien und auf der kleinen Zehe kleine, bläulich verfärbte, teilweise Eiter sezernierende Effloreszenzen, die den Charakter eines polymorphen Erythems tragen. Die betreffenden Körperstellen sind schmerzhaft und geschwollen. Die histologische Untersuchung einer solchen Effloreszenz ergibt positiven Gonokokkenbefund. Die Gonokokken sind in Leukocyten eingelagert, die Gefäße stark dilatiert. Es handelt sich also um eine durch Gonokokkenmetastasen veranlaßte Angiodermatitis; jedoch neigt A. zu der Annahme, daß nicht alle beobachteten Hauterscheinungen durch die lokale Wirkung der Gonokokken selbst entstanden sind, sondern daß vielfach deren Toxine die Dermatosen verursachen. **Klingmüller** (Breslau).

48) **Français.** Un cas de sarcoides sous-cutanés multiples.

(Ann. de dermat. et de syph. 1905. Nr. 3.)

Bei einer Pat., welche zu verschiedenen Malen an gastrischen Zuständen gelitten hatte, traten mit 37 Jahren heftige Schmerzen in beiden Schenkeln auf. Ein halbes Jahr später bildeten sich auf beiden Schenkeln auf Druck schmerzhafte, etwa schrotkorngroße, verschiebbare, subkutane Knötchen. Pat. hatte jeden Abend eine Temperatur von 38° und mehr, war aber sonst gesund und von kräftiger Konstitution.

Die histologische Untersuchung (Riesen- und epithelioide Zellen) zusammen mit dem fieberhaften Zustand ergab die Diagnose: subkutane Sarkoide, welche nach Darier den Tuberkuliden angehören. **Klingmüller** (Breslau).

49) **Mc Arthur.** Pneumatocele of the cranium.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. May 6.)

Von dieser selten beobachteten Geschwulst gelang es Verf. 33 Fälle in der Literatur nachzuweisen im Anschluß an einen selbst beobachteten Fall. Sein Pat., 63jähriger Mann, bemerkte seit 2 Jahren eine haselnußgroße Schwellung hinter dem linken Ohre, die sich allmählich über das ganze Hinterhaupt ausdehnte und Beschwerden machte. Befund: Kräftiger Mann mit einigen sonst hier nicht wichtigen Alterskrankheiten. Das ganze Hinterhaupt wird von flacher, leicht bis auf den Knochen eindrückbarer Geschwulst eingenommen, die vom linken Processus mastoideus ausgeht. Bei Eindrücken der Geschwulst hat man das Gefühl, als sei der Knochen an einzelnen Stellen zerstückelt; der Kranke fühlt bei Druck Entweichen von Luft aus dem Ohr. An einzelnen Stellen ist die Geschwulst etwas stärker aufgetrieben und stärker »fluktuierend«. Operation: Breite Spaltung der Geschwulst vom linken Warzenfortsatze zum Hinterhauptshöcker. Es entwich bei Einschnitt reichlich Luft, der Knochen war mit zahlreichen Exostosen besetzt. Ein Fistelgang führte von einer Höhlung am Warzenfortsatz in den äußeren Gehörgang. Heilung unter Tamponade. — Die Literatur ist in übersichtlicher Tabellenform angeführt. Coster (Bordeaux), welcher im Jahre 1859 die erste umfassende Untersuchung über den Gegenstand ausführte, hat mit seinen damals aufgestellten Grundsätzen heute noch recht: 1) Pneumatocele cranii ist selten. 2) Sie kann nur unter Durchbohrung des Knochens entstehen. 3) Sie ist stets lufthaltig. 4) Durch Druck kann sie mehr oder weniger entleert werden. 5) Ihre Ausgangsstellen sind Stirnhöhlen- und Warzenfortsatzzellen. 6) Die Entwicklung ist langsam und schmerzlos. 7) An sich ist die Geschwulst nicht gefährlich.

Trapp (Bückeburg).

50) **Warrington.** Tumour of right lateral lobe of the cerebellum with localising symptoms; operations; autopsy.

(Med. chronicle 1905. June.)

Ein junger Mann von 18 Jahren klagt, daß ihm das Sprechen schwer falle; besondere Mühe mache es ihm, das richtige Wort zu finden; auch das Schreiben

bereite ihm Schwierigkeiten. Bei der Untersuchung fand sich, daß der Pat. sehr langsam, mühsam nach dem richtigen Worte suchend, sprach. Der rechte Arm erwies sich als schwächer als der linke, und außerdem war die Koordination gestört. Sonst fanden sich keine Abormitäten. Nach einem Monate waren die Erscheinungen von seiten des rechten Armes stark ausgesprochen. Ferner zeigte Pat. beim Aufrechtstehen die Neigung nach rechts zu fallen; diese Erscheinung wurde durch Augenschließen nicht erhöht. Es bestand zuweilen Kopfschmerz und Erbrechen, und es zeigte sich eine ausgesprochene Neuritis optica beiderseits. Hierzu gesellte sich dann ein seitlicher und vertikaler Nystagmus. Schließlich, nach weiteren 2 Monaten, wurde auch das rechte Bein in Mitleidenschaft gezogen. Die Augen konnten nur mit Mühe nach der linken Seite bewegt werden; die Neigung, nach der rechten Seite zu fallen, war jetzt sehr ausgesprochen. Die Reflexe verhielten sich folgendermaßen: Rechts: Patellar- und Achillessehnenreflex fehlend, Cremaster- und Bauchdeckenreflexe lebhaft, Plantarreflex schwach. Links: Patellar- und Achillessehnenreflex lebhaft, Cremaster- und Bauchdeckenreflexe fehlend, Babinsky positiv (dorsal). Die Diagnose wurde auf eine Geschwulst der rechten Kleinhirnhälfte gestellt. Der Versuch, sie durch Operation zu entfernen, blieb erfolglos. Bei der Autopsie fand sich ein taubeneigroßes Sarkom an der vermuteten Stelle, das auf den mittleren Teil der Medulla drückte.

Engelmann (Dortmund).

51) **Hölscher.** Über Operationen an der Nasenscheidewand.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1905. Juli 15.)

Die Entwicklung der modernen rhinologischen Operationstechnik ermöglicht es, auch die schwersten Verbildungen vom Nasenloch aus zu beseitigen; eine Spaltung und Aufklappung der Nase, wie sie in chirurgischen Lehrbüchern noch für schwierige Fälle empfohlen wird, ist stets unnötig. H. hat in 30 Fällen von Knickung der Scheidewand folgendes, nach Krieg modifiziertes Verfahren mit Erfolg angewendet, meist bei Knickungen höchsten Grades. Durchschneiden der Schleimhaut mit dem elektrischen Spitzbrenner, Ablösen der Schleimhaut mit einem schmalen Löffel, bis die Knickung ganz freiliegt; der Knorpel wird dann vorn auf eine kleine Strecke mit einem schmalen Messerchen durchtrennt, in die Schnittfläche ein schmaler, scharfer Löffel eingeführt, die Höhlung gegen den Knorpel gerichtet, und nach Ablösung der Schleimhaut der anderen Seite ein Stück des Knorpels ausgebrochen; von dieser Lücke aus läßt sich dann die ganze geknickte Knorpelplatte leicht teils durch Abbrechen, teils durch Abstechen mit dem Hohlmeißel entfernen; nur bei sehr festem Knochen braucht man Zange oder Hammer und Meißel. Die Schleimhautreste werden abgetragen und nötigenfalls verschorft. Eine Perforation der stehenbleibenden Schleimhaut bei der Operation ist in keinem Falle erfolgt.

Mohr (Bielefeld).

52) **Rolando.** Sopra un tumore inesto congenito della lingua.

Genua 1905.

R. beschreibt ein Teratom vom Mundboden und der Zunge eines neugeborenen Kindes. Dasselbe hing als mandarinengroße Geschwulst aus dem Mund und behinderte sowohl die Atmung wie die Ernährung. Die seitlichen Partien waren mit Schleimhaut, die obere mit Cutis bedeckt, welche feine Haare trug. An der Basis waren härtere Partien bis zum Kiefer zu verfolgen, sonst war die Konsistenz teils derb, teils weich. Es wurde die Abtragung an der Basis gemacht, eine starke venöse Blutung teils durch direktes Fassen von Gefäßen, teils durch Umstechung, teils durch Paquelin gestillt. Heilung erfolgte unter Eiterung.

Mikroskopisch zeigt der Cutisüberzug wohlentwickelte Haare und Talgdrüsen. Darunter folgt ein blutreiches, stellenweise an ein teleangiektatisches Angiom erinnerndes Gewebe. Der Hauptteil der Geschwulst bestand aus Fettgewebe; im Zentrum lag Gliagewebe mit Ganglienzellen. An der Basis hyaliner Knorpel, daneben Knochengewebe und Muskelfasern, die in Ganglien auslaufen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

53) S. C. Thomson. Cessation of epilepsy consequent on removal o adenoids.

(Practitioner 1905. May.)

Ein schwerhöriges, 6 Jahre altes Mädchen, welches seit 2 Jahren an epilep tischen Krampfanfällen litt, adenoide Vegetationen im Nasen-Rachenraum hatt und infolgedessen nur durch den offen gehaltenen Mund atmen konnte, wurde vor Verf. im Jahre 1898 operiert, eine große Menge lymphoiden Gewebes entfernt Die Atmung war sofort eine freie, die Schwerhörigkeit wich innerhalb einige Wochen, auch die epileptischen Anfälle sind seitdem nicht wieder aufgetreten Zwei Photographien zeigen das Aussehen der Pat. vor der Operation und 6 Jahr nach derselben.

Jenckel (Göttingen).

54) Wölfler. Erfolgreiche Naht des Nervus hypoglossus.

(Aus dem Verein deutscher Ärzte in Prag vom 3. Februar 1905.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 12.)

Der 38 Jahr alte Pat. hatte sich bei einem Selbstmordversuche den rechte N. hypoglossus durchschnitten. Die Zunge wich beim starken Vorstrecken nac rechts, beim Zurückziehen in die Mundhöhle nach links ab. Die rechte Zungen hälfte war wesentlich kleiner, substanzarm, weich. Es waren Sprachstörungen vor handen. Etwa 5 Monate nach der Verletzung (15. Juli 1902) Nervennaht. Di beiden, in Narbe eingebetteten Nervenenden waren schwer zu isolieren und wurde durch drei durch die Nervensubstanz gehende Nähte vereinigt. Nach vielen Mo naten erst Besserung. Nach außen wird die Zunge jetzt gerade herausgestreckt im Munde weicht sie noch nach links ab. Elektrische und galvanische Erregbar keit rechts noch nicht so kräftig wie links. Keine Entartungsreaktion.

Dieser Fall ist der erste, in welchem eine Vereiniguug der Nervenenden vor genommen wurde. W. hat im ganzen 6 Fälle in der Literatur gefunden, in welche der N. hypoglossus verletzt wurde (3mal Schnitt-, 3mal Schußverletzung).

Hübener (Dresden).

55) A. Quodbach. Über die Verletzung der Arteria vertebralis dich unterhalb des Hinterhauptbeines.

Inaug.-Diss., Rostock, 1905.

Mitteilung eines Falles von Messerstichverletzung der Art. vert. nach ihrer Austritt aus dem Foramen transvers. Atlantis. Die Unterbindung an der Stell der Verletzung gelang nicht, dagegen die an der Abgangsstelle aus der Art. sub clavia. Tod an diffuser Meningitis haemorrhagica cerebrospinalis. Der Befun eines Thrombus im peripheren Stumpfe spricht dafür, daß ein spontaner Verschlu zustande kommen kann.

Renner (Dresden).

56) M. Dangel. Über die Unterbindung der Vena jugularis interna

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 495.)

Bei einem 33jährigen Manne mußten gelegentlich der Entfernung karzinoma töser Drüsenpakete beide Vv. jugulares internae unterbunden werden. Nur etw 10 Minuten lang machte sich eine Cyanose des Gesichtes und Pulsbeschleunigung bemerkbar, dann glich sich die Zirkulationsstörung aus. Nach 4 Wochen starb Pat an einem Erysipel. Bei der Sektion war die linke V. vertebralis nicht erweitert die rechte dagegen bleistiftdick; ebenso war ein vor der Halswirbelsäule verlaufende Ast erweitert. Es war also der Ausgleich der Zirkulation durch die Anastomoser im Foramen magnum erfolgt, während die Emissarien dafür keine Rolle spielen Daß in diesem Falle die doppelseitige Jugularisunterbindung so gut ertrager wurde, hängt möglicherweise damit zusammen, daß infolge der Kompression durch die karzinomatösen Drüsen schon vorher die Kollateralen sich erweitert hatten.

M. v. Brunn (Tübingen).

57) **Downie.** Two cases of branchial fistula.

(Glasgow med. journ. 1905. August.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine innere Fistel ohne äußere Öffnung bei einer 25jährigen Frau; die Symptome bestanden seit 6 Jahren. Drückte man auf die rechte Halsseite, so entleerte sich eine große Menge schleimig-eitrigen Inhaltes in den Mund, und zwar aus der zwischen rechter Mandel und hinterem Gaumenbogen gelegenen Fistelöffnung.

Der zweite Fall betraf einen 26 Jahre alten Mann, der erst seit 2 Jahren die Fistel bemerkte. Sie war komplett, hatte ihre innere Mündung an derselben Stelle wie der vorige Fall, die äußere am vorderen Rande der sternalen Insertion des M. sternocleidomastoideus.

In der Diskussion erwähnte Maylard einen von ihm operierten, dem zweiten Falle D.'s analogen Pat., bei dem es zum Rezidiv kam.

Young berichtete über einen Kranken seiner Beobachtung, bei dem er wegen vereiterten Halslymphoms operieren wollte; dabei fand er eine Cyste mit epithelialem Belag, die er entfernte mit gutem dauerndem Heilerfolg; eine innere oder äußere Fistel hatte nie bestanden. **W. v. Brunn** (Rostock).

58) **Dowel.** The surgical treatment of tubercular cervical lymph-nodes.

Annals of surgery 1905. July.)

Verf. berichtet über 100 Fälle von ihm operierter Halsdrüsen. Heredität schien von geringerer Wichtigkeit als ungesunde Lebensverhältnisse; die Eingangspforten waren meistens die Schleimhaut der Nase (adenoide Wucherungen) und der Mundhöhle.

Die Diagnose, ob es sich um tuberkulöse Drüsenentzündung handelt, ist manchmal nur dadurch zu stellen, daß eine Drüse probeweise exstirpiert und mikroskopiert wird. Die Krankheit neigt dazu, Tuberkulose in den Lungen and anderen Organen zu erzeugen, und zwar nach Statistiken in $^1/_4$—$^1/_2$ der Fälle; sie ist daher als eine ernste Erkrankung anzusehen.

Die totale Entfernung der Drüsen gibt eine bessere Prognose als die partielle. Für die Operation soll man sich transversaler Schnitte bedienen, da die longitudinalen breite und kallöse Narben geben. An Abbildungen wird erläutert, auf welche Weise die Verletzungen der Nn. accessorius und facialis zu vermeiden sind. Nach D. soll jeder Fall von Halsdrüsentuberkulose möglichst bald operiert werden.
Herhold (Altona).

59) **O. Ammann.** Ein neues Skoliosenkorsett.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Damit die Bügel des Korsetts sich nicht verschieben können, werden sie in der Kreuzgegend durch ein Scharnier verbunden. Die Achselstützen sind entbehrlich, statt derselben wird eine Pelotte auf das Brustbein unterhalb der Schlüsselbeingelenke gesetzt, die mit dem Beckengürtel durch zwei seitliche Schienen verbunden ist. Die seitlichen Schienen stehen außerdem noch weiter oben nach rückwärts miteinander in Verbindung. Die Redression kann durch Seitenzug oder durch Gummikissen verstärkt werden. **J. Riedinger** (Würzburg).

60) **A. Roth** (Budapest). Die Therapie der Skoliose und Kyphose ohne Gipsverband.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Verf. ist ein überzeugter Anhänger der Korsettbehandlung bei Skoliose und arbeitet unermüdlich an der weiteren Verbesserung seines Korsetts, das er neben gymnastischen, Extensions- und Detorsionsübungen anwendet. Er hat bereits in früheren Arbeiten hierüber berichtet. In der vorliegenden Arbeit bringt er nochmals eine Beschreibung seines Korsetts, so detailliert, daß dessen Herstellung auch in anderen Werkstätten möglich ist. **J. Riedinger** (Würzburg).

61) **Müller.** Ein neuer Detorsionstisch zur Behandlung der Skoliose.
(Therapie der Gegenwart 1905. Juli.)

Ausgehend von der Tatsache, daß das Primäre bei der Entwicklung der Skoliose eine Torsion der Wirbel ist, hat M. einen Tisch konstruiert, der den Zweck hat, eine energische Detorsion des Brustkorbes und damit der Wirbelsäule zu bewirken. Der vom medizinischen Warenhaus (Berlin) hergestellte Tisch, der in dem Aufsatz an der Hand von Abbildungen genau geschildert wird, hat sich M. beim allgemeinen Redressement der Skoliose ebenso wie bei der Anlegung von Gipskorsetts sehr bewährt, wenn auch der Apparat, wie M. auch ausdrücklich hervorhebt, allein zur Heilung der Skoliose nicht imstande ist.

Silberberg (Breslau).

62) **W. Sheen.** Of ligature of the innominate artery.
(Annals of surgery 1905. July.)

Es handelte sich um ein Aneurysma der Art. subclavia, welches Schmerzen und taubes Gefühl im Arme, Schwellung der Schulter und Brust, sowie Abschwächung des Radialpulses verursachte. Unterbindung der Art. innominata; nach einigen Wochen kehrte die Pulsation wieder, daher zweite Operation, welche aber wegen starker Blutung abgebrochen werden mußte; dann dritte Operation, durch welche die Art. anonyma nochmals unterbunden wurde, und hierauf endgültige Heilung. Geringe Schmerzen im Arme waren zwar noch vorhanden, doch konnte Pat. arbeiten, die Pulsation erschien nicht wieder.

S. sammelte aus der Literatur 43 Fälle von Freilegung der Art. anonyma; 36mal wurde die Unterbindung ausgeführt mit 28 Todesfällen = 78% und 8 Heilungen. Die Todesursache bestand in Nachblutungen, und zwar entweder infolge Eiterung der Wunde oder auch ohne Eiterung. Die nächsthäufige Todesursache sind Hirnschädigungen. Bei Ausführung der Operation ist die peinlichste Asepsis zu beobachten; die Arterie wird mit starker Seide 2mal unterbunden, und zwar zunächst proximal, dann distal; der Seidenfaden wird so stark angezogen, daß die Intima einreißt. Die Wunde wird ohne Drainage geschlossen. Um Hirnaffektionen zu vermeiden, ist es gut, zunächst die Carotis und dann nach 24 Stunden die Art. anonyma zu unterbinden. Die beste Prognose geben umschriebene Aneurysmen bei gesunden Personen.

Herhold (Altona).

63) **M. Blumenthal** und **K. Hirsch.** Ein Fall angeborener Mißbildung der vier Extremitäten.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Bei der 45 Jahre alten Pat. zeigen sich schwere Defekte an den Extremitäten (Strahldefekte, Phokomelie, Randdefekte). Der Fall ist mit Röntgenstrahlen genau untersucht und beschrieben. Bei der Vielgestaltigkeit der Defekte ist eine einheitliche Bezeichnung der Mißbildung nicht möglich.

Trotz der erheblichen Verbildung hat Pat. durch Intelligenz und Übung ihre Gliedmaßen zur Ausführung der wichtigsten Verrichtungen instand zu setzen vermocht. Besonders wichtig war ihr die Erhaltung eines Fingers, der ihr z. B. das Schreiben ermöglichte.

J. Riedinger (Würzburg).

64) **E. Rosenkranz.** Über kongenitale Kontrakturen der oberen Extremitäten.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Die Arbeit enthält zunächst die Beschreibung eines einschlägigen Falles aus der Berliner Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie. Ein 10 Jahre alter Knabe zeigte Kontrakturstellungen der Ellbogen-, Hand- und Fingergelenke.

Im Anschluß hieran bringt Verf. eine Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Fälle und bespricht pathologische Anatomie, Ätiologie, Diagnose, Prognose und Therapie der einzelnen Kontrakturformen.

J. Riedinger (Würzburg).

65) **K. Gerson.** Zur Extensionsbehandlung der oberen Extremität.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Verf. hat für die obere Extremität eine Extensions- und Lagerungsschiene konstruiert, deren Vorteile sind: 1) Möglichkeit der Massage und Bewegung unter Fortdauer der Extension bei Knochenbrüchen, 2) Fixierbarkeit des Ellbogen- und Handgelenkes in beliebigem Winkel, 3) gleichzeitige Ruhigstellung, Stauung und Extension des Armes bei Tuberkulose des Hand- oder Ellbogengelenkes oder rheumatischen Leiden. **J. Riedinger** (Würzburg).

66) **Alex. Dumas.** Ein Fall von Interposition des Lig. annulare in die Articulatio humero-radialis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

Der 42jährige Pat., der sich mit dem Ellbogen gestoßen hatte, verspürte nach einigen Tagen starke Schmerzen im Ellbogengelenk, sowie Reiben. Zeitweilige Anschwellung. Bei Rotationsbewegungen im Radio-Humeralgelenk fühlt man ein deutliches Hüpfen des Gelenkes zwischen Pronation und Supination, das mit starken Schmerzen verbunden ist. Bei der Eröffnung des Gelenkes zeigt es sich, daß das Lig. annulare am ganzen lateralen Umfang losgerissen und über das Radiusköpfchen herübergelegt ist. Exstirpation des interponierten Bandes. Heilung mit freier Beweglichkeit. Es hatte weder eine Luxation noch eine Fraktur bestanden.

Hübener (Dresden).

67) **J. Boeckel.** Paralysie de la branche profonde du nerf radial après traumatisme. Suture tardive. Guérison.

(Bull. de l'acad. de méd. 68. ann. 3. sér. Nr. 17 et 18.)

B., dem nur ein ähnlicher Fall von Thöle bekannt ist, hat im seinigen etwa 1 Monat nach der Stichverletzung, welche den linken Vorderarm im oberen äußeren Drittel betroffen hatte, die Nahtvereinigung der Nervenstümpfe ausgeführt. Der tiefe Ast des N. rad. war an seinem Durchtritte durch den Supinator brevis durchtrennt und aufzusuchen. B. ging im Interstitium zwischen Extensor digit. comm. und Brachio-radial. ein; dieser sowie die Speichenstrecker wurden quer durchschnitten; dann gelang es, die beiden Nervenenden aufzufinden, zu präparieren, anzufrischen und zu vereinigen. Die Wunde heilte in 14 Tagen. Wiederherstellung eines guten Teiles der Streckfunktion im Verlaufe von 2 Monaten.

In der Diskussion (Heft 18) erinnert P. Reynier zunächst daran, daß von ihm, Morestin und Glück ähnliche Fälle publiziert seien. Er und Morestin suchten den Radialis zwischen Supinator und Radialis longus, was leicht sei, und verfolgten ihn ohne weitere Muskelverletzung bis zur Teilungsstelle, wo die Durchtrennung erfolgt war. Die Vereinigung ist hier gar nicht leicht, weil sich der Nerv schon erheblich zerfasert. R.'s Kranke erlangte nach 14 Monaten erst die volle Beweglichkeit wieder. **Christel** (Metz).

68) **G. Drehmann.** Zur operativen Behandlung der ischämischen Muskelkontraktur.

(Zentralblatt für physikal. Therapie, Diätetik, Krankenpflege und Unfallheilkunde. Sonderdruck. 3 S.)

In einem Falle von ischämischer Muskelkontraktur am Vorderarme bei einem 7 Jahre alten Knaben beseitigte Verf. die Kontrakturstellung der Finger dadurch, daß er Inzisionen der Narbenmassen in den Muskeln vornahm. Die Muskeln wurden durch einen 12 cm langen, etwas ulnarwärts von der Mittellinie über die Beugemuskulatur des Vorderarmes verlaufenden Schnitt freigelegt und die peripheren Stümpfe der Muskelnarbenmasse mit dem noch verhältnismäßig gut erhaltenen Flexor digit. profundus vereinigt. Nach 6 Wochen konnten die Finger aktiv gebeugt und gestreckt werden. **J. Riedinger** (Würzburg).



69) **J. Antonelli** (Pavia). Ein Fall von kongenitalem bilateralem Radiusdefekt.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Der genauer beschriebene Fall wurde bei einem 5 Monate alten Knaben beobachtet. Daneben bestand Pes plano-varus beiderseits, ferner Hypospadia penica und Hernia inguino-scrotalis dextra. Aus der Literatur konnte Verf. 114 Fälle von angeborenem Radiusdefekt zusammenstellen. Statistik, Diagnose, Prognose und Therapie werden auf Grund der Zusammenstellung besprochen. A. selbst ging operativ vor. Am rechten Vorderarme wurde eine Längsspaltung der Ulna ausgeführt. In den künstlich geschaffenen Zwischenraum wurden Muskelbäuche eingelagert. Am linken Vorderarme wurde die gleiche Operation gemacht, außerdem eine plastische Verlängerung der einer Korrektion der Handstellung sich entgegenstellenden Sehnen ausgeführt. Der Erfolg der Operationen war sehr befriedigend.

J. Riedinger (Würzburg).

70) **Lucas-Championnière.** Fractures du radius dues au retour de la manivelle d'automobile. Les variétés. Son traitement. Manière de la prévenir.

(Bull. de l'acad. de méd. 68. ann. 3. ser. Nr. 11.)

Die Beobachtungen von Radiusbrüchen beim Anlaufenlassen der Automobile haben sich seit den ersten Mitteilungen sehr gehäuft; so wurden im Hospital Beaujon in relativ kurzer Zeit 14 Fälle behandelt. Ziemlich zu gleichen Teilen betreffen sie die beiden häufigsten Mechanismen, indem 7mal die Fraktur durch Riß, 6mal durch Rückstoß der Kurbel zustande gekommen war. Relativ selten kommt der Bruch nach dem Dagron'schen Typus — Stoß gegen den Handballen, Kompressionsbruch, zustande, und ganz ausnahmsweise soll nach Guillemont eine vierte Varietät — Druck und Gegendruck beim Gegenstemmen gegen den Rückstoß der Kurbel — beobachtet werden.

Meist tritt nur geringe Verschiebung ein; der Bruch ist fast nicht zu erkennen, der Chauffeur setzt mitunter die Fahrt fort. Es bedarf somit nur einfachster Verbände und der Massage zur schnellen Heilung; selbst Einrichtung ist gewöhnlich unnötig.

Vermeiden läßt sich diese berufliche Verletzung bei der bisher üblichen Zündung nicht; höchstens sollte man den Chauffeuren raten, die Kurbel nicht krampfhaft festzuhalten, um bei Zurückschnellen derselben nicht zu stark gezerrt zu werden.

Christel (Metz).

71) **A. Schanz.** Ein neuer Handgelenkbewegungsapparat.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Der Apparat gestattet infolge von Verwendung eines verstellbaren Schwungrades aktiv-passive Bewegungen der Hand nach allen Richtungen.

J. Riedinger (Würzburg).

72) **J. Taendler.** Ein neues Daumenpendel.

(Med. Klinik 1905. p. 759.)

Eine Tischplatte trägt den festgestellten Unterarm. An ihrem Ende nehmen Hülsen, die mit einem Pendel verbunden sind, den Daumen und die übrigen Finger auf. Die Hülse ist an einem graduierten Exzenter befestigt, der ihre Feststellung in jeder Lage von Überstreckung oder Beugung durch eine Flügelschraube bewirkt. Verf. rühmt seinem seit einem Jahre erprobten Pendel Einfachheit und leichte Regulierbarkeit nach. Verfertigt im Medizinischen Warenhaus.

Georg Schmidt (Berlin).

73) **Gérand.** Etude sur les oedèmes durs de la main, a propos d'un cas d'oedème dur traumatique du metacarpe dorsal chez un hystérique.

(Archives de médecine et de pharmacie militaires 1905. Nr. 8.)

Nach Fall auf die linke Hohlhand entstand bei einem Soldaten eine Anschwellung des Handrückens, über welcher die Haut blau verfärbt war. Unter zweckentsprechender Behandlung verschwand diese ödematöse Anschwellung, so daß der Mann zum Dienst geschickt werden konnte. Nach einiger Zeit mußte er jedoch wegen desselben Leidens wieder aufgenommen werden, und das wiederholte sich, so daß der Mann schließlich entlassen wurde. Das Röntgenbild ergab eine leichte Atrophie der Metacarpalknochen. Der Mann zeigte deutliche hysterische Stigmata: Einschränkung des Gesichtsfeldes, anästhetische Hautzonen, aufgehobenen Gaumenreflex usw. Die Ursachen dieser Ödeme sind nach G. noch unsicher, jedenfalls hat man ihnen erst mehr Aufmerksamkeit geschenkt und sie häufiger beobachtet, seitdem die Unfallversicherungsgesetze bestehen. Simulation kann nicht immer ausgeschlossen werden, da z. B. ein solches Ödem durch Umlegen einer festen Binde während der Nacht erzeugt werden kann.

Nach Borchard und Grünbaum gibt es eine entzündliche Knochenatrophie, bei welcher ein derartiges Ödem vorkommen soll; doch bedarf diese Anschauung noch weiterer Stützen. Auch an Syringomyelie wird man denken müssen; meistens wird es sich aber um trophoneurotische Störungen auf hysterischer Basis handeln. Die Prognose ist nicht gut; Verf. glaubt nicht, daß derartige Zustände durch Suggestion zu heilen seien. **Herhold** (Altona).

74) **J. A. Becher.** Modell zur Demonstration der funktionellen Ausgleichung der Hüftgelenkskontrakturen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Das für den klinischen Unterricht bestimmte, auf dem vorvorigen Orthopädenkongreß demonstrierte Modell besteht aus einem Stativ und dem beweglichen, beliebig fixierbaren Skelett der Wirbelsäule, des Beckens und der Oberschenkel. Es dient zur Demonstration der Stellungen, welche die einzelnen Skelettabschnitte bei den verschiedenen Kontrakturstellungen der Hüfte einnehmen müssen, sobald das Bein funktionell, d. h. zum Gehen beansprucht wird. Zur Erklärung dienen mehrere instruktive Abbildungen. **J. Riedinger** (Würzburg).

75) **v. Hacker.** Luxatio femoralis perinealis, unter Lumbalanästhesie reponiert. Erfahrungen über Lumbalanästhesie.

(Aus der Sitzung des Vereins der Ärzte Steiermarks vom 7. November 1904.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

Der 19jährige Pat. zog sich die Verletzung zu, als er von einem Speicher herabfiel und mit dem betreffenden Bein in einem Rohre hängen blieb. Durch die gewaltsame Umdrehung um die Körperachse wurde das gebeugte Bein nach auswärts rotiert und abduziert. In der Gegend des Trochanter bestand eine tiefe Einsenkung. Der Oberschenkelkopf stand dicht am horizontalen Schambeinaste. Die Reposition gelang leicht und schmerzlos.

Bei der Lumbalanästhesie wurden meist 0,05% Tropakokain in 5 ccm Zerebrospinalflüssigkeit gelöst. Unter 129 Fällen mißlang die Punktion nur in 3 Fällen. In 92 Fällen (73%) war die Analgesie eine ganz vollkommene oder für die Operation ausreichende, in 22 Fällen (17,4%) wurden einzelne Akte der Operation am Schluß empfunden. Nur in 12 Fällen (19,5%) trat trotz gelungener Punktion keine brauchbare Analgesie auf. Niemals wurde eine Schädigung der Pat. beobachtet, selten leichte Kopfschmerzen und Erbrechen. **Hübener** (Dresden).

76) **T. Nolot.** Contribution à l'étude de la luxation paralytique de la hanche.

Thèse de Paris 1905.

Verf. stellt sieben Fälle von paralytischer Hüftverrenkung aus der Literatur zusammen, denen er einen eigenen hinzufügt. Die Bezeichnung paralytische Ver-

renkung will er lediglich für die Fälle reserviert haben, in welchen die Verrenkung bei Lähmungen einzelner Muskelgruppen durch antagonistische Wirkung im Anschluß von Kinderlähmung auftritt, im Gegensatz zu den angeborenen oder den pathologischen Verrenkungsstellungen nach Gelenkentzündungen.

Coste (Straßburg i. E.).

77) **E. Scheu.** Ein Fall von hysterischer Hüfthaltung mit Skoliose.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Verf. beschreibt einen Fall von hysterischer Hüfthaltung mit Skoliose nach dem von Wertheim-Salomonson zuerst beschriebenen Typus. Es handelt sich um eine abnorme Stellung des Beckens, ähnlich der bei der »Attitude hanchée«. Das Leiden wurde bei einem 18 Jahre alten Hausmädchen beobachtet.

J. Riedinger (Würzburg).

78) **E. Mayer.** Ein neuer Apparat zum Strecken der Beine und Spreizen der Füße.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Verf. beschreibt einen Übungsapparat für rachitische Bein- und Fußdeformitäten. Er besteht aus einem Block, an welchem die Füße angeschnallt werden, und der auf einem Tische derart angebracht ist, daß er sich in einer Führung glatt hin- und herschieben läßt, wodurch redressierende Bewegungen ausgeführt werden können.

J. Riedinger (Würzburg).

79) **H. M. Rigby.** The operative treatment of fracture of the patella.

(Practitioner 1905. May.)

Verf. verwirft ganz entschieden die nicht operative Behandlungsmethode bei Fractura patellae, da einmal die Resultate zu schlecht seien, und außerdem die Behandlung eine zu große Zeit in Anspruch nehme, so daß die gewöhnlich dem Arbeiterstande angehörenden Pat. auch dadurch sehr benachteiligt würden. Die von Kocher empfohlene Operation mit nachträglicher Entfernung des Drahtes wird aus verschiedenen Gründen verworfen. Die angewandte »offene Methode« besteht in: a. Freilegung der Fragmente durch Längs-, Quer- oder Bogenschnitt, welch letzteren Verf. vorzieht; b. Entfernung der Blut- sowie zerfetzten Weichteilmassen; c. Anfrischung der Bruchstücke; d. Naht derselben mittels Draht; e. Naht der seitlichen Quadricepsrisse.

Von den 21 auf diese Weise Behandelten waren 17 nur $23^1/_2$ Tage (im Durchschnitt) nach der Operation im Krankenhause, 16 konnten ohne Stütze herumgehen und das verletzte Knie mindestens bis zum rechten Winkel aktiv beugen. Ein Fall, bei dem wegen nochmaligen Bruches die Naht gemacht wurde, heilte unter Versteifung des Knies aus. Die übrigen vier Fälle erforderten eine längere Behandlungszeit. Bei einem 37jährigen Manne — dem einzigen Falle, welchen Verf. mit sterilen Gummihandschuhen operierte — trat Vereiterung des Gelenkes ein, so daß das Bein amputiert werden mußte.

Jenckel (Göttingen).

80) **G. Doberauer.** Die Behandlung der Patellarfrakturen in Wölfler's Klinik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 547.)

Seit 1895 kamen in der Wölfler'schen Klinik 28 Kniescheibenbrüche zur Behandlung, davon 20 frisch, die übrigen erst nach längerer Zeit. 8 frische und 7 veraltete Brüche wurden mit Naht behandelt, die übrigen konservativ. Wiewohl in der Regel nur durch die Naht eine knöcherne Vereinigung der Fragmente erzielt wurde, war doch auch bei den mit zum Teil beträchtlicher Diastase geheilten, konservativ behandelten Fällen, von denen allerdings nur wenige einer persönlichen Nachuntersuchung unterzogen werden konnten, die Funktion eine befriedigende. Als das Idealverfahren ist die offene Naht zu bezeichnen, doch ist angesichts der leidlich guten Resultate der konservativen Behandlung die Indikation dazu keine

absolute. Bei ungünstiger Konstitution, bei voraussichtlicher Gefährdung durch die Narkose verdient die konservative Behandlung auch heute noch, wo die Gefahr der Wundinfektion keine Rolle mehr spielt, den Vorzug.

M. v. Brunn (Tübingen).

81) **A. R. v. Rüdiger-Rydygier.** Beitrag zur operativen Behandlung der habituellen Luxation der Kniescheibe nach Ali Krogius.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 24.)

Mitteilung eines in der v. R.'schen Klinik nach Ali Krogius mit vorzüglichem Erfolg operierten Falles, die zu weiterer Verwendung des leicht und einfach auszuführenden Verfahrens auffordern soll. **Hübener** (Dresden).

82) **Boucher.** Luxation des menisces du genou. Un cas de luxation du menisque externe au niveau du poplité. Un cas de luxation du menisque interne par cause immédiate indirecte.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 8.)

Die Verrenkung des äußeren Meniscus wurde in dem betreffenden Falle durch Fall vom Wagen auf die Erde hervorgerufen. Infolge dieses Ereignisses konnte der Unterschenkel in der folgenden Zeit nur bis 90° gebeugt und nur bis 175° gestreckt werden. Sobald jedoch beim Streckversuche der Unterschenkel zwischen 165—167° angelangt war, ließ er sich nur vermittels Druck in die Kniekehle und Zug am Unterschenkel weiter strecken. Der Verletzte, ein Offizier, vermochte seinen Dienst vom Tage des Unglücksfalles, am 12. Mai 1903, bis zum 7. September 1904 fortzusetzen. Innerhalb dieser Zeit hatte er drei heftige Anfälle, wo unter Schmerzen das Knie bei 165° stehen blieb, und die Auslösung der Bewegung erst nach einigen Stunden gelang. Allmählich stellte sich ein Erguß im Kniegelenk ein, bei Bewegungen wurden krachende Geräusche gehört. Eine Operation fand nicht statt. Verf. meint, daß der Meniscus externus bei überstrecktem und einwärts rotiertem Knie durch den M. popliteus abgerissen wird, welcher letztere einen Teil der hinteren Kapsel des Kniegelenkes bildet.

Im zweiten, durch Hufschlag entstandenen Falle war Streckung bis 155° und Beugung bis 120° möglich. Auch hier bestanden krachende Geräusche und plötzlich auftretende Schmerzen. Durch Operation wurde der interne Meniscus entfernt und Heilung mit völliger Dienstfähigkeit erzielt. **Herhold** (Altona).

83) **Villemin.** Sur le traitement des ostéo-arthrites tuberculeux du genou par l'association combinée de la méthode sclérogène et des injections intra-articulaires. Rapport de Mr. Perier.

(Bull. de l'acad. de méd. LXVIII. ann. 3. ser. Nr. 3 u. 5.)

Die von Lannelongue inaugurierte Methode, fungöse Gelenkerkrankungen durch künstliche Narbenerzeugung um die erkrankte Synovialis herum — mittels zahlreicher tropfenweiser Injektionen 10%iger Chlorzinklösung — zu heilen, hat bisher wenig Nachahmung gefunden. V. hat sie mit intraartikulären Jodoforminjektionen kombiniert und glaubt durch drei sehr günstig verlaufene Fälle bei 10—13jährigen Mädchen ihre vortreffliche Wirkung in relativ kurzer Zeit — etwa 5 Monate und mit guter Funktion — dartun zu können. Wer sich für diese Behandlungsweise interessiert, findet hierin, sowie in den erläuternden, sehr ausführlichen Auseinandersetzungen von Lannelongue selbst (Nr. 5) die genauen technischen Vorschriften. Die Einspritzung von Jodoform in Verbindung mit Öl, Äther und etwas Kreosot wird der eigentlichen sklerogenen Behandlung einige Tage vorausgeschickt; diese erfordert zwei bis drei Sitzungen in Narkose (denn die Chlorzinkinjektionen sind sehr schmerzhaft!) mit nachfolgendem Gipsverbande. Faradisation, Massage, roborierende Mittel gehören zur Behandlung, während besonders Lannelongue vor passiven Bewegungen und zu frühen Gehversuchen nicht ernstlich genug warnen kann!

Wenn man, wie Lannelongue es tut, die Heilungsdauer des Fungus bei Kindern mit 3 Jahren berechnet, muß die Zeit von 5—6 Monaten mit der sklerogenen Methode gering erscheinen. Wer aber hätte frühzeitig diagnostizierte Fälle von Fungus mit und ohne Behandlung bei Kindern und Greisen nicht ebenso schnell heilen sehen? **Christel** (Metz).

84) **Le Dentu.** Anévrisme traumatique du tronc tibio-peronier ou de l'artère tibiale postérieure près de son origine guéri par des injections sous-cutanées de serum gélatiné.

(Bull. de l'acad. de méd. LXIX. ann. 3. ser. Nr. 15.)

Stichverletzung der linken Wade, ca. 12 cm unterhalb der Gelenklinie. Nach 14 Tagen Beginn einer Geschwulstbildung, die nach etwa 2 Monaten als Aneurysma erkannt und le D. zugewiesen wurde. In der Erwägung, daß ebensowohl die Tib. post., als bei schräg aufsteigender Richtung die Teilungsstelle der Poplitea selbst (nach den Angaben von Juvara) getroffen sein könnte, trug le D. Bedenken, die Exstirpation des Aneurysmasackes zu wagen, da sie in 2,77% der Fälle Gangrän des Unterschenkels mit sich bringt. Vergeblich wurden erst Hochlagerung und Beugung versucht; letztere, nur in geringem Grade möglich, wurde schlecht vertragen.

Dann entschloß sich Verf. bei gleichzeitiger Bindenkompression zu Gelatineinjektionen nach Chauffard'scher Vorschrift. Mit sieben Einspritzungen von je 200 ccm 2%iger Gelatinelösung, die in etwa 8tägigen Zwischenräumen gegeben wurden, erzielte er völlige Heilung. Die Behandlung hat fast 4 Monate gedauert.

Christel (Metz).

85) **J. Antonelli.** Ein Fall von partiellem Fibuladefekt.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Der Fall, der der bisherigen Kasuistik angefügt wird, betrifft einen 2 Jahre alten Knaben. Außer Klumpfuß bestand an demselben Fuße noch Polydaktylie und komplizierte intra-uterine Fraktur der Tibia.

Nach Aufzählung der Literatur (110 Autoren) und Besprechung der Ätiologie, Diagnose, Prognose und Therapie berichtet Verf. über die von ihm ausgeführte erfolgreiche Operation.

Nach plastischer Verlängerung der Achillessehne durch Z-förmigen Schnitt und Durchtrennung des Flexor digit. comm. long. wurde durch Schnitt nach Reverdin-Kocher das Sprunggelenk freigelegt und der Talus, der den gelenkigen Zusammenhang mit dem Unterschenkel verloren hatte, durch Einwärtsluxation des Fußes unter die Gelenkfläche der Tibia verschoben. Nach Ebnung der Gelenkflächen wurde alsdann die Arthrodese des Fußgelenkes in Equinusstellung, eine plastische Verlängerung der Kniebeuger und die Entfernung der überzähligen Zehe mit dem III. Metatarsus vorgenommen.

J. Riedinger (Würzburg).

86) **M. Klar.** Über angeborenen Hallux valgus.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 2.)

Das Leiden hat in der Literatur noch keine wesentliche Beachtung gefunden. Verf. beschreibt die Deformität bei einem 35 Jahre alten Manne, die sich besonders dadurch auszeichnet, daß sie sich im Stammbaume der Familie vielfach vertreten findet. **J. Riedinger** (Würzburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 42. **Sonnabend, den 21. Oktober.** **1905.**

I.

(Mitteilung aus der chirurgischen Abteilung des St. Stephanspitals in Budapest. Primarius: Prof. v. Herczel.)

Zur Radikaloperation der Nabelbrüche.

Von

Dr. **Eugen A. Pólya,**
Assistenzarzt.

Den Vorbedingungen einer erfolgreichen Radikaloperation können wir bei Nabelbrüchen am wenigsten entsprechen. Hohe Unterbindung des Bruchsackes, einer der wichtigsten Faktoren der Radikalheilung, ist hier überhaupt nicht ausführbar; verläßlicher Verschluß der Bruchpforte, Verhütung jedwelcher Infektion auch schwierig zu erreichen. Die Rigidität des Nabelringes, das karg bemessene plastische Material in seiner Umgebung ermöglichen einen Verschluß zumeist nur unter

größter Spannung der Nachbargebilde, die nötige Entspannung aber erfordert oft schwere Eingriffe. — Andererseits ist auch die Vermeidung der Infektionsgefahr eine schwierige Aufgabe. Die vollkommene Desinfektion der Haut wird durch die nur zu häufig vorhandenen dicken Falten, Ekzemen, Erosionen erschwert; der zumeist sehr fettreiche Panniculus besitzt gegenüber der geringsten Infektion eine sehr schwache Resistenz. Die beträchtliche Spannung und die hierdurch entstehende Nekrose der schwach ernährten Aponeurosen, die große Masse des versenkten Nahtmaterials tragen auch das ihrige zur Hebung der Infektionsgefahr bei und verzögern beträchtlich den Verlauf der etwa eingetretenen Eiterung. Auch die lange Dauer der Operation — verursacht durch die Schwierigkeiten bei der Versorgung des Bruchinhaltes und dem Verschlusse der Bruchpforte — spielt keine geringe Rolle im Zustandekommen der Wundkomplikationen.

Wenn wir die lange Reihe der zur Radikaloperation des Nabelbruches empfohlenen Verfahren durchmustern, sehen wir, daß sie entweder nur einen schwachen und inkompletten Verschluß der Bruchpforte ermöglichen, oder aber so kompliziert sind, daß sie eben hierdurch die Gefahr der Infektion, und somit diejenige der Lösung der angelegten Nähte und der Rezidive in sich bergen.

Die zum radikalen Verschluß der Nabelbruchpforte empfohlenen Verfahren können wir in folgende Gruppen zusammenfassen:

1) Einfache Vernähung des fibrösen Nabelringes mitsamt des gut hervorgezogenen Peritoneums (Kocher).

2) Spaltung des fibrösen Nabelringes der Fläche nach in zwei Lamellen, von denen der vordere mit der Haut, der hintere mit dem Peritoneum im Zusammenhang ist; hernach Vereinigung der Aponeurosewundflächen in der Mittellinie, wodurch die Linea alba bedeutend verstärkt und verdickt wird (Sänger, Lawson Tait).

3) Exzision des Nabelringes (Omphalektomie) samt dem Bruchsacke; die Bauchwand wird in vertikaler Richtung mittels durchgreifenden Nähten (Bruns) oder in Etagen vereinigt. Le Dentu näht in zwei Etagen; die erste Nahtreihe durchgreift Peritoneum, Muskel, Muskelscheide, die zweite vereinigt die Haut für sich allein. Condamin vernäht zuerst das Peritoneum mitsamt der hinteren Rectusscheide, dann die vordere Rectusscheide und zuletzt die Haut. Dejardin faßt sowohl bei der Naht der vorderen, wie auch der hinteren Rectusscheide den Muskel mit. Italia vernäht auch die geraden Bauchmuskeln in einer besonderen Etage.

4) Lucas Championnière läßt den fibrösen Nabelring intakt und versucht durch drei Reihen Nähte zwischen den medialen Rändern der Rectusscheiden eine flächenhafte Vereinigung zu erzielen.

5) Die Rectusscheide wird aufgeschlitzt und hernach das Peritoneum mit dem ihm anliegenden fibrösen Gewebe, dann die hintere Rectusscheide, ferner die Muskeln, die vordere Rectusscheide und endlich die Haut vermittels Etagennähten vereinigt (Quénu).

6) Biondi, Busse, Menge legen darauf Gewicht, daß die ver-

schiedenen Schichten bei der Etagennaht nicht in einer Richtung vereinigt werden, sondern sich kreuzen. — Sie vernähen die hintere Rectusscheide mitsamt dem Peritoneum, sowie auch die vordere Rectusscheide in querer, die Haut aber und den Muskel in vertikaler Richtung.

7) Die Bruchpforte wird mittels Lappen aus der vorderen Rectusscheide verschlossen. Heinrich nimmt den Lappen von der einen Seite, klappt ihn auf die andere herüber und fixiert ihn daselbst mit feinen Seidennähten. Maydl eröffnet die vorderen Scheiden beider Recti mittels eines nach außen konvexen Schnittes, so daß oben und unten nur eine 1 cm breite Aponeurosenbrücke zwischen ihnen bleibt. Diese Lappen werden aufpräpariert, ihre freien Ränder in der Mittellinie vereinigt; die folgende Nahtreihe bringt die lateralen Ränder der in der Rectusscheide befindlichen Inzision zusammen, diese Naht muß etwas auch vom Muskel mitfassen; Hautnaht.

8) Dauriac, Djakonoff und Stankow, ferner Mayo bilden Lappen aus den geraden Bauchmuskeln. Der Lappen wird entweder nur dem einen Rectus entnommen oder aber es werden die aus beiden Recti gebildeten Lappen miteinander in der Mittellinie gekreuzt. Krylow hebt die geraden Bauchmuskeln beiderseits aus ihren Scheiden heraus und kreuzte sie hernach. Ein Zwischenglied bildet zwischen den Methoden dieser und der früheren Gruppe das Verfahren von Bessel-Hagen. Er schlitzt beide Rectusscheiden ausgiebig auf, dringt stumpf in der Faserungsrichtung des Muskels vor und vereinigt die so gebildeten Muskelaponeuroselappen in der Mittellinie, so daß die Naht die Bruchpforte oben und unten bedeutend überragt. In dieser Weise entsteht im Muskel ein Defekt, welcher auch durch die Haut zu erkennen ist — sich aber nach den Erfahrungen des Autors schnell ausfüllt.

9) Sapiejko, Piccoli, Savariaud und Hartmann verdoppeln die Bauchwand in der Mittellinie in der Weise, daß sie nach ausgedehnter Aufschlitzung der Linea alba die beiden geraden Bauchmuskeln übereinander legen und dieselben in dieser Lage mittels verschiedenartigst angelegten Matrazennähten fixieren.

10) Gangitano macht eine Laparotomie durch den linken Rectus. Nach Entleerung des Bruchsackes stülpt er denselben gegen die Bauchhöhle vor und verschließt die Bruchpforte durch eine von innen angelegte Tabaksbeutelnaht.

Aus dieser kurzen Zusammenstellung ist es ersichtlich, daß ein verläßlicher Verschluß der Nabelbruchpforte — wie schon früher angedeutet — komplizierte und schwere Eingriffe erfordert, diese aber zufolge der Verlängerung der Operationsdauer, der Größe der Verletzungen der benachbarten Gewebe und der großen Menge des versenkten Nahtmaterials die Primaheilung und hierdurch die Dauerhaftigkeit des erzielten Verschlusses bedeutend gefährden.

Diese Fehlerquellen suchte ich durch ein Verfahren auszuschalten, welches für den Verschluß mittelgroßer Bruchpforten eine augenschein-

lich ausreichende Sicherheit gewährt, zugleich aber auch einfach, rasch ausführbar ist und bei welchem nur ein einziger Faden versenkt wird.

Das Prinzip des Verfahrens ist dem des Maydl'schen analog. — Nach Versorgung des Bruchinhaltes vereinigen wir die Peritonealwunde in Längs- oder Querrichtung — wie es eben bequemer ist. Nun legen wir die Vorderfläche der Rectusscheiden durch Abpräparieren der Haut frei und eröffnen dieselben mittels eines Schnittes, welcher parallel dem medialen Rectusrande und in einer Entfernung von 1 cm von diesem verläuft. Die beiden Schnitte treffen sich in der Mittellinie. Der so gewonnene Aponeuroselappen wird aufpräpariert, so daß sein freier Rand nach oben sieht, und mit einem mittelstarken Faden nach der Art einer Tabaksbeutelnaht mehrfach durchgestochen. Durch Knüpfung des Fadens entsteht an der Stelle der Bruchpforte eine Pelotte. Nun werden die geraden Bauchmuskeln durch stumpfe Ablösung von der hinteren Rectusscheide stark mobilisiert und mittels durchgreifender Knopfnähte, die $2^1/_2$—3 cm voneinander entfernt angelegt sind, die Muskeln, vordere Rectusscheide und Haut vereinigt. Einige oberflächliche Zwischennähte in der Haut, wo nötig. Den Verlauf der Operation illustrieren die beiden Figuren.

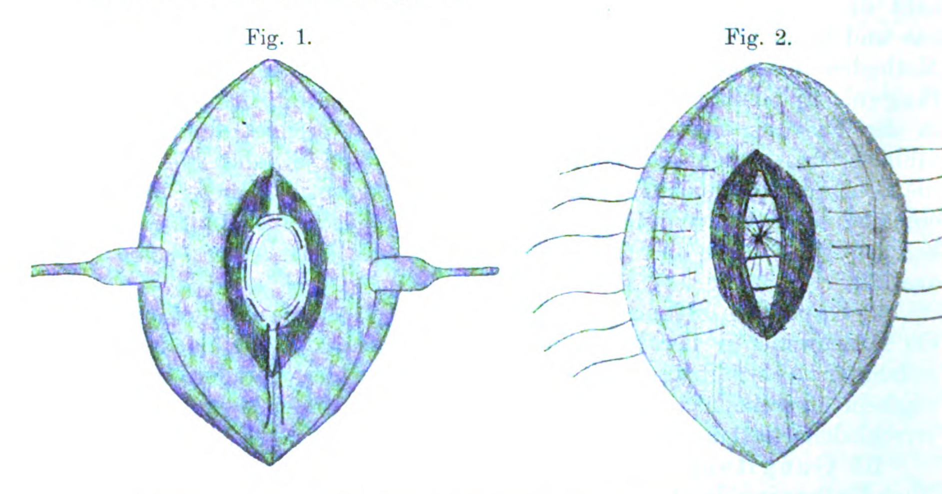


Fig. 1. Fig. 2.

Dieses Verfahren habe ich auf der Abteilung des Herrn Prof. v. Herczel in zwei Fällen erprobt. Die 39- resp. 35jährigen Pat. litten an faust- resp. kindskopfgroßen Nabelbrüchen. Sowohl das Knüpfen der Tabaksbeutelnaht, wie auch die Koaptation der geraden Bauchmuskeln ging leicht und ohne besondere Spannung von statten. — Glatte Heilung in beiden Fällen.

Die Beobachtungszeit seit der Operation ist jedenfalls viel zu kurz, um über den Enderfolg ein Urteil zu gestatten, doch erhielten wir bei der Operation den Eindruck, daß die Bruchpforte sowohl durch den zurückgeschlagenen Rectusscheidelappen, wie auch durch die darübergelegte Muskulatur verläßlich verschlossen ist, und da wir dieses Ziel

mittels eines sehr einfachen und rascheren Verfahrens erreichen konnten, sei dieses den Fachgenossen bestens empfohlen.

II.

Die Radikaloperation der Hernia obturatoria.

Von

Dr. Max Sträter,
Chirurg in Amsterdam.

Bis vor kurzem existierte keine Methode zur Radikaloperation der Hernia obturatoria. Wohl sagte Graser im Handbuch der praktischen Chirurgie bei der Besprechung der Operation dieser Hernie: »Wenn möglich, schließt man immer die Radikaloperation an«; wie aber diese Radikaloperation auszuführen wäre, darüber wurde kein Wort verloren. Andere (u. a. Lejars in »Chirurgie d'urgence«) rieten, die äußere Öffnung des Canalis obturatorius zu schließen. Es ist aber klar, daß diese Maßnahme den Namen Radikaloperation nicht verdient, da das Foramen obturatorium internum und der ganze Canalis obturatorius offen bleiben.

Im vorigen Jahre hat nun Schwarzschild eine von Bardenheuer erdachte Methode publiziert[1], wobei die innere Bruchpforte durch einen aus der Innenfläche des Schambeines herausgemeißelten Knochen-Periostlappen verschlossen wird. Diese Methode hat meines Erachtens einige Nachteile. Erstens kommen die Herniae obturatoriae beinahe stets erst zur Operation, wenn sie inkarzeriert sind, und sind zudem ihre Träger meistens alte Leute, so daß es wünschenswert ist, die Operation mit lokaler Anästhesie vorzunehmen; und dazu ist diese Methode doch weniger geeignet. Zweitens muß die Bardenheuer'sche Methode von der Bauchhöhle aus geschehen, und müßte also dann jede Hernia obturatoria incarcerata, wenn man die Radikaloperation anschließen will, per laparotomiam angegangen werden. Nun wurde zwar in der oben zitierten Arbeit die Meinung ausgesprochen, die einzig mögliche Methode zur Radikaloperatien bei der Herniotomie von außen bestände in der Vernähung der Membrana obturatoria, und war dies mit ein Grund, die Laparotomie als Normalmethode der Hernia obturatoria zu empfehlen. Ich habe an anderer Stelle[2] ausführlich die Gründe auseinandergesetzt, warum meiner Meinung nach auch bei der Hernia obturatoria, ebenso wie bei den anderen Bruchformen, die Herniotomie von außen als Normalmethode anzusehen ist, und dort auch eine einfache Methode zur Radikaloperation angegeben. Da aber bekanntlich die in holländischer Sprache erschienenen Arbeiten im Auslande wenig oder keine Berücksichtigung finden, erlaube ich mir, meine Methode auch an dieser Stelle zu publizieren.

---

[1] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIV.

[2] Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 1905. II. Nr. 4.

Ihre Technik ist wie folgt: Nachdem der Bruchsack so hoch wie möglich abgetragen ist, formt man einen $1^1/_2$—2 cm breiten, ungefähr 8 cm langen Lappen aus der medialen Seite des Musculus pectineus, dessen Stiel sich am Schambein befindet und der distalwärts etwas schmäler werden kann. Nahe seinem Ende wird dieser Muskellappen mit einem nicht zu dünnen Faden umschnürt (den man auch noch erst durch den Lappen führen kann). Die beiden lang gelassenen Enden des Fadens werden dann mittels einer Aneurysmanadel durch den Canalis obturatorius geführt und an der Innenseite aufgefangen, nachdem man nötigenfalls die Cruralpforte etwas erweitert und das properitoneale Fettgewebe stumpf von der Innenseite des Schambeines zurückgeschoben hat. Mittels dieser Fäden zieht man den Pectineuslappen durch den Canalis obturatorius, während man ihn gleichzeitig von außen in das Foramen obturatorium externum hineinschiebt. Die beiden Enden des Fadens werden kurz oberhalb des Poupart'schen Bandes durch die Aponeurose geführt und geknotet. Die Cruralpforte wird schließlich wieder soweit wie nötig verengt. Hierdurch ist also der ganze Canalis obturatorius durch den Muskellappen ausgefüllt, und wird der Zugang zum Foramen obturatorium internum verschlossen. Ich konnte mich an der Leiche davon überzeugen, daß an der Seite, wo ich diese Operation gemacht hatte, das Peritoneum parietale an der Stelle des Foramen obturatorium internum durch den dort befindlichen Wulst des transplantierten Muskellappens abgehoben war und nach der Bauchhöhle zu prominierte, während an der anderen Seite dort gerade eine kleine Einsenkung des Peritoneums, ein kleiner Peritonealtrichter bestand.

Ich möchte diese Methode hiermit zur Nachprüfung empfehlen.

---

1) **Bond.** On ascending currents in mucous canals, and gland ducts, and their influence on infection: a study in surgical pathology.

(Brit. med journ. 1905. July 29.)

B. benutzte in einfacher Weise die vielfachen Fisteln schleimhautbekleideter Hohlorgane, die in der Chirurgie zu therapeutischen Zwecken angelegt werden, um experimentell festzustellen, ob aufsteigende Flüssigkeitsströme entgegen der physiologischen Bewegungsrichtung unter gewissen Umständen vorkommen können.

In drei Fällen von inguinaler Kolostomie wegen Karzinomverschluß und in einem Falle von Coecalfistel nach Appendicitisoperation wurden Indigo- bzw. Karminsuppositorien in den Mastdarm eingeführt. Die Beobachtung lehrte, daß bei Ablenkung des Kotes durch Anlegung eines Kunstafters ein aufsteigender Strom vorhanden ist, der in etwa 24 Stunden kleinste Farbstoffpartikelchen vom Mastdarm zur Kolostomieöffnung führt; daß dieser Strom nicht aufgehalten wird durch ein stenosierendes Karzinom, solange der Verschluß nicht

vollkommen ist; daß auch im Falle einer nur teilweisen Kotablenkung durch eine seitliche Darmwandfistel dieser Strom vorhanden ist, und daß Abführmittel ihn nicht beseitigen; daß endlich der Strom 3 Tage braucht, um den Weg vom After bis zum Blinddarm zurückzulegen. Verf. schließt aus diesen Ergebnissen, daß der Träger des Farbstoffes in diesem aufwärtssteigenden Strom eine Schleimsekretion ist, welche peripher entlang der Schleimhaut nach oben zu antiperistaltisch sich bewegt.

Änlich wie beim Dickdarme liegen die Verhältnisse bei den weiblichen Geschlechtsorganen. In 22 Fällen wurde bis zu 20 Stunden vor der Laparotomie sterilisiertes Indigo bzw. Karmin vor den Muttermund gebracht. Fast in allen Fällen konnte der Farbstoff mikroskopisch in den Tuben, in einigen sogar bei der Operation auf den Fimbrienenden und dem benachbarten Bauchfell nachgewiesen werden. Nur in vier Fällen blieb der Versuch negativ: einmal verlegte eine doppelte Hydrosalpinx den Weg, einmal waren nur 16 Stnnden seit der Indigoverabreichung verstrichen, zweimal verhinderten die Menses den Aufstieg. In einem der beiden Pyosalpinxfälle waren die Eiterkörperchen vollgepfropft mit Farbstoff, ein Beweis, daß Eiterzellen noch nach ihrem Austritt in einen Abszeß zu aktiver Fähigkeit imstande sind. Es ergibt sich aus dem so bewiesenen Vorhandensein eines aufwärtsgehenden Sekretstromes im weiblichen Genitalkanal die Leichtigkeit der Infektion des Endometriums, der Tuben und des Bauchfells durch vaginale und uterine Eingriffe von nicht ganz unzweifelhafter Asepsis.

Zum Nachweis dieses umgekehrten Sekretstromes in den Gallenwegen benutzte B. die Indigodarreichung durch den Mund in vier Fällen von Cholecystostomie. Es gelang in allen Fällen im Sediment der aufgefangenen Galle Farbstoffteilchen mikroskopisch nachzuweisen, und zwar vom zweiten, dritten und sechsten Tage an. B. schließt aus diesen Versuchen auf einen umgekehrt-physiologischen Saftstrom in den Gallenwegen in Fällen, wo — wie bei der Cholecystostomie — die normale Sekretionsrichtung abgelenkt ist, und führt eine Reihe von Gründen an gegen den Einwand, daß der Farbstoff nach seiner Resorption auf dem Blut- oder Lymphwege mit der Galle wieder abgeschieden werde. Jedenfalls waren die nachweisbaren Farbstoffmengen sehr gering und nur nach gründlicher Prüfung zu finden.

In gleicher Weise gelang es B., diesen Rückstrom von Farbstoffteilchen bei geeigneten Fällen für Harnröhre, Blase und Harnleiter nachzuweisen. Die notwendige Bedingung war auch hier wieder ein Hindernis für den normalen Urinstrom oder seine völlige Ablenkung.

Für die Brustdrüse fielen die Versuche gleichfalls positiv aus in einem Falle von Karzinom und in einem von Mastitis chronica. Die mehrere Tage vorher in die Brustwarze eingeriebenen Indigoteilchen konnten nach der operativen Exzision der Mamma tief im Drüsengewebe nachgewiesen werden.

Die für eine Erklärung des so bewiesenen Rückstromes in den

verschiedenen Schleimhautwegen in Betracht kommenden Faktoren werden besprochen, und die Wirkung von Cilien, Muskelkontraktionen, Kapillarität als unwahrscheinlich abgelehnt mit Angabe der Gründe. Es bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten, die eigentliche dabei tätige Kraft aufzuklären. Die Bedeutung obiger Tatsachen für die Infektionsmöglichkeiten liegt auf der Hand. **W. Weber** (Dresden).

---

2) **S. Oberndorfer.** Über Multiplizität von Tumoren. (Aus dem pathol. Institut München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 31.)

O. weist nach, daß den Bedingungen, die nach Billroth erfüllt sein müssen, wenn man von einer primären Multiplizität des Krebses sprechen will, multiple Geschwülste nur selten genügen, daß sie dann wohl mit Sicherheit als multipel primär angesehen werden dürfen, daß aber in vielen Fällen die Forderungen nicht erfüllbar sind. Wie er zeigt, gibt es sicher primäre multiple Karzinome, die im Gegensatz zur ersten Forderung Billroth's ganz gleiche Struktur besitzen. Die zweite Billroth'sche Bedingung, daß die multiplen primären Geschwülste immer histogenetisch von ihrem Mutterboden abzuleiten seien, läßt sich vielfach nicht erfüllen, da das wuchernde Epithel oft schon im Beginn der Wucherung die spezifischen Eigenschaften der Mutterzellen nicht mehr erkennen läßt. Und die dritte Forderung, daß jede Geschwulst ihre eigenen Metastasen machen muß, scheitert an der Tatsache, daß gerade die multiplen Karzinome auffällig geringe Neigung zur Metastasenbildung überhaupt zeigen. — All dies gilt auch mit einigen Modifikationen für die anderen bösartigen Geschwülste, die Sarkome und Endotheliome.

Bezüglich der Entstehung primär multipler Geschwülste stellt sich O. auf den Standpunkt der Cohnheim'schen, von Ribbert erweiterten Theorie. **Kramer** (Glogau).

---

3) **Farmer, Moore, Walker.** On the behaviour of leucocytosis in malignant growths.

(Brit. med. journ. 1905. August 12.)

Verff. stellten ihre Krebsuntersuchungen an in den frühesten Entwicklungsstadien eines Mastdarmkrebses, eines Schornsteinfegerkrebses und eines Penisepithelioms und fanden dabei eine neue Erscheinung in den krebsig werdenden neuen Übergangsgebieten von der Geschwulst zum normalen Gewebe. Sie beobachteten nämlich, daß die in diesen Grenzregionen beginnender krebsiger Entartung oft in die Krebszellen eingewanderten bzw. aufgenommenen Leukocyten sich an vielen Stellen zugleich mit den Karzinomzellen im Zustande der Mitose befanden. Danach muß man die Theorie von einer phagocytotischen Beeinflussung beider Zellarten fallen lassen, weil die Leukocyten noch innerhalb der Karzinomzellen ihre Lebensfunktionen weiter ausüben. Die

Mitose zweier solcher Zellen ging vor sich teils mit Bildung besonderer Kernspindeln, teils gingen die Spindelfiguren beider Zellarten unentwirrbar durcheinander, so daß die neu entstehenden Tochterkerne aus einer Mischung von Gewebszellen und Leukocyten bestehen. — Außerdem stellten Verff. in den Übergangsgebieten von normalen Gewebszellen in Krebszellen eine ganz besonders große Anhäufung von Leukocyten fest.

W. Weber (Dresden).

---

4) **K. Vogel.** Zur Pathologie des Bindegewebes. (Aus dem St. Johanneshospital zu Bonn, chirurg. Abt.: Prof. Bier.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

V. glaubt, daß verschiedene Affektionen des Knochensystems (Skoliosen, Coxa vara, Genu valgum, Plattfuß), des Blutgefäßsystems (Aneurysmen, Venektasien), sowie Ptosen (Enteroptosen, Prolapse) und Hernien, auch andere Erkrankungen, die alle durch abnorme Nachgiebigkeit des bindegewebigen Stützgerüstes ausgezeichnet sind, nicht örtliche Leiden, sondern der Ausdruck einer universellen Bindegewebskrankheit, einer Konstitutionsanomalie des Stratum fibrosum des Körpers sind. Zur Stützung dieser Ansicht hat er zahlreiche Personen auf Koinzidenz mehrerer solcher Bindegewebsschwächen untersucht und hierbei bestätigt gefunden, daß vielfach die obengenannten Affektionen bei den Individuen gehäuft auftreten, z. B. bei Männern Varicen, Plattfüße, Hernien; bei Frauen Varicen, Plattfüße, Skoliosen, denen sich bei verstärkter Disposition bzw. vermehrter äußerer schädigender Einwirkung Enteroptose, Emphysem, Vorfälle usw. zugesellen.

Kramer (Glogau).

---

5) **Franke.** Ein Beitrag zur Frage der Kontagiosität des Erysipels.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 182.)

F. berichtet über bakteriologische Untersuchungen zu dieser Frage, die er bei zehn Erysipelfällen des Altonaer Stadtkrankenhauses vornahm. Es wurden zunächst Nährböden geimpft, wenn mit einem sterilen Tupfer eine erysipelatöse Hautstelle energisch abgerieben war, ferner wenn mit einer sterilisierten Pinzette oberflächliche Hautschichten abgekratzt waren, sowie wenn ein erkrankter Hautteil skarifiziert worden, wonach das blutig-seröse Sekret verwendet wurde. Ferner wurde der Inhalt von Erysipelblasen sowie desquamierte Epidermisschuppen untersucht, endlich wurden Platten neben das Krankenbett gesetzt, um die sich ansiedelnden Luftkeime zu untersuchen. Keine der Proben, mit Ausnahme derjenigen, wo das Sekret der geritzten Haut geprüft war (vier Untersuchungen mit zweimaligem Streptokokkenbefund), ergaben Streptokokken, welche vielmehr nur in den Wunden selbst und deren Eiter zu finden waren. Hieraus läßt sich schließen, daß die Kontagiosität des Erysipels nicht sonderlich zu fürchten ist. Das Erysipel verbreitet sich in den tieferen Lymphbahnen der Cutis,

die festgefügten Epithelzellenlager können von seinen Keimen nicht durchdrungen werden, letztere also auch nicht frei in die Außenwelt gelangen. Nur bei kleinen Verletzungen der Hautdecke, wie z. B. bei Hautzerkratzungen, ist dies für möglich zu halten. Demgemäß bedürfen Erysipelkranke auch keiner Isolation, wenigstens soweit der erkrankte Hautteil durch einen Verband gut abschließbar ist. Nach der Abfieberung und im Schuppungsstadium ist der Kranke für seine Umgebung jedenfalls nicht mehr infektionsgefährlich.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

6) **F. Sauerbruch.** Die Chirurgie des Brustteiles der Speiseröhre. Eine experimentelle Studie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 405.)

Auf Grund umfangreicher topographisch-anatomischer Studien am Hund und am Menschen kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß sich sowohl beim Hunde wie beim Menschen die Speiseröhre sehr gut von einem Interkostalschnitt aus erreichen lasse. Nach breitem Auseinanderziehen der Rippen erhält man eine gute Übersicht und kann genügend frei hantieren. Die Speiseröhre läßt sich unter Schonung der Vagi aus der Umgebung lösen und um einige Zentimeter vorziehen. Der Magen kann nach Einschneiden des Zwerchfelles in die Pleurahöhle verlagert und bis in die Höhe des Hilus, beim Hunde sogar noch etwas weiter, so bequem gezogen werden, daß er zu plastischen Zwecken verwendbar wird.

S. beschreibt dann im einzelnen die Technik der Operationen an der Speiseröhre, wie sie in der Breslauer Klinik in sehr großer Zahl an Hunden, in einigen wenigen Fällen auch an Menschen ausgeführt wurden. Es sind das die Ösophagotomie, die Ösophago-Gastrostomie, die Ösophagusresektion und die Ösophagusplastik. Am ausführlichsten werden die Ösophago-Gastrostomie und die Ösophagusresektion besprochen. Die Hauptschwierigkeit für beide liegt in der Ungeeignetheit der Ösophaguswand für die Naht. Ohne auf Einzelheiten einzugehen, sei nur soviel erwähnt, daß Verf. schließlich in der Verwendung des Murphyknopfes das Mittel fand, um auch unter diesen schwierigen Verhältnissen eine sichere Vereinigung zu erzielen, und daß zur Vermeidung jeder Naht die beiden Teile des Knopfes womöglich mittels einer Schlundsonde durch den Mund eingeführt wurden, um nur durch einen minimalen Schnitt zum Zwecke der Vereinigung der beiden Teile vorgestülpt zu werden. Der schädlichen Spannung der zu vereinigenden Teile wurde durch ausgiebige Vorziehung des Magens in die Pleurahöhle vorgebeugt. Es gelang mit Hilfe dieser im Lauf einer langen Reihe von Operationen allmählich ausgebildeten technischen Kunstgriffe eine Anzahl von Hunden sowohl nach Ösophago-Gastrostomie wie auch nach Ösophagusresektion am Leben zu erhalten.

Obwohl die bisherigen Operationsversuche am Menschen noch nicht sehr ermutigend sind, hält Verf. doch für die Zukunft die operative

Behandlung des Speiseröhrenkrebses für aussichtsvoll, da die Statistik ergibt, daß die Mehrzahl der Speiseröhrenkrebse in dem für die Resektion günstigsten unteren Drittel der Speiseröhre sitzen, und daß Metastasen verhältnismäßig spät auftreten.

M. v. Brunn (Tübingen).

7) **W. Nötzel.** Die Prinzipien der Peritonitisbehandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 514.)

Als die praktisch erreichbaren Ziele der Peritonitisbehandlung bezeichnet Verf. folgende:

1) Die Entfernung des bereits vorhandenen Eiters.

2) Die Beseitigung der Ursache der Eiterung.

3) Die Drainage von etwaigen gesonderten Abszessen, Eiterherden und Senkungen.

Bezüglich der Beurteilung der physiologischen Verhältnisse, welche für die Heilungsmöglichkeit einer Peritonitis maßgebend sind, weicht er in wesentlichen Punkten von den Anschauungen früherer Autoren ab. Zunächst betont er, daß man nicht von einer Resistenz und einem Resorptionsvermögen des Bauchfelles, sondern der Bauchhöhle sprechen müsse, daß man aber eine Höhle nicht mit Geweben vergleichen dürfe, sondern nur mit anderen Höhlen oder mit den Wunden in anderen Geweben. Die anerkannte große Resistenz der Bauchhöhle leitet er nun daraus ab, daß diese Höhle mit einem nur auf verhältnismäßig sehr kleine Strecken verwundeten Epithel ausgekleidet sei, während jede andere Wundhöhle von zerstörtem und in seiner Ernährung geschädigtem Gewebe umgeben werde. Als ein sehr wesentliches Moment für die Resistenz der Bauchhöhle sieht er zwar mit vielen anderen Forschern die außerordentlich große Oberfläche des Bauchfelles an, nun aber nicht in dem gewöhnlichen Sinne, wonach die große Resorptionsfähigkeit dieser großen Fläche es ist, was die Resistenz bedingt, sondern weil in der Bauchhöhle, wie nirgends sonst im Körper, die infizierenden Bakterien mit einer außerordentlich großen Gewebsfläche in Berührung kommen, die nun den Kampf mit ihnen aufnehmen kann. Aus der logischen Fortentwicklung dieses Gedankenganges ergibt sich, daß nichts schädlicher ist, als das Fehlen der Peristaltik, in welcher der Körper das Mittel besitzt, die Bakterien schnell in der Bauchhöhle zu verteilen. Der Entscheidungskampf zwischen dem Körper und den Bakterien wird in der Bauchhöhle ausgefochten, nicht erst nach der Resorption der Bakterien an anderen Stellen des Körpers. Würde eine Resorption von Bakterien in ausgedehnterem Maße stattfinden, so wäre das, ebensowie die Resorption der Bakterien von einer Wundfläche aus, ein dem Körper nachteiliger Vorgang. Resorbiert werden erst die Entzündungsprodukte; doch findet vorher in der Bauchhöhle eine Art Verdauung statt, wodurch Membranen, Eiterflocken usw. verflüssigt und für die Resorption geeignet gemacht werden. Ist die bakterizide Kraft des peritonealen Gewebes von den Bakterien überwunden, so wird die große resorbierende Oberfläche zur Angriffsfläche

und wirkt somit nachteilig. Aufgabe der Behandlung ist es, diese schädliche Resorption zu verhindern. Was also von infektiösem Material nicht gleich bei der Operation entfernt werden kann, soll nachträglich durch Drainage und Kochsalzspülung entfernt werden, soweit das möglich ist. Eine Grenze findet diese Reinigungsarbeit vielfach an den Verklebungen und Verwachsungen, in denen Verf. daher eine gewisse Gefahr sieht.

Als das beste und schonendste Mittel, die Bauchhöhle nach Möglichkeit von infektösem Inhalte zu befreien, empfiehlt Verf. die Spülung mit 0,9%iger Kochsalzlösung, von welcher in dem Rehn'schen Krankenhaus, aus dem die Arbeit hervorgegangen ist, der ausgedehnteste Gebrauch gemacht wird. Der Drainage gegenüber verhält sich der Verf. insofern skeptisch, als er die Möglichkeit bestreitet, die Bauchhöhle zu drainieren in dem Sinne, wie man eine Abszeßhöhle drainiert, weil jedes derartige Bestreben durch die sich vordrängenden Darmschlingen und die peritonealen Verklebungen illusorisch gemacht wird. Immerhin hält er die in der üblichen Weise ausgeführte Drainage für wirksam, sofern man dafür sorgt, daß der Druck in der Bauchhöhle wieder hergestellt ist. Unter dieser notwendigen Voraussetzung ist es nicht unbedingt erforderlich, die Drainage am tiefsten Punkte, also etwa durch Mastdarm oder Scheide anzulegen; vielmehr ist dann auch die Möglichkeit einer Drainage bergauf gegeben.

Bei der Nachbehandlung legt Verf. großen Wert auf die Bekämpfung der Darmlähmung. Sobald es irgend angängig ist, soll die Peristaltik durch innere Mittel angeregt werden. Auch bei der Ernährung soll man nicht zu zaghaft sein mit der Darreichung durch den Mund. Die Notwendigkeit wiederholter Magenspülungen ist meist gleichbedeutend mit einer schlechten Prognose. Dasselbe gilt von häufig wiederholten Kochsalzinfusionen. Gegen allzu reichliche Kochsalzinfusionen verhält sich Verf. überhaupt wegen der Überlastung des Kreislaufes ablehnend. Ebenso ist Verf. gegenüber den häufigen Kampferinjektionen, besonders in Form des Kampferöls, sehr mißtrauisch. Zweckmäßiger erscheinen ihm wegen der besseren Resorbierbarkeit Kampfer-Ätherinjektionen. Den quälenden Durst der Peritonitiker soll man stillen, ohne das Erbrechen zu fürchten. Das Umbetten soll auf das unumgänglich notwendige Maß beschränkt werden.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

8) **Knott.** Drainage in diffuse septic peritonitis.

(Annals of surgery 1905. July.)

K. hält für das Wichtigste bezüglich der Operation der diffusen septischen Peritonitis die Hochlagerung von Rumpf und Kopf nach stattgehabter Operation, so daß Pat. in eine steilsitzende Lage kommt. Am raschesten werden die septischen Stoffe vom Zwerchfell aufgesaugt, während im Becken die Aufsaugung langsamer vor sich geht. Für gründliche Drainage des Beckens — bei Frauen durch die Scheide — muß gesorgt werden. Eine Eviszeration hält Verf. wegen des zu befürchten-

den Choks für schädlich. Die Operation soll so schnell als möglich ausgeführt werden; Spülungen mit heißem Wasser sind vorteilhaft.

Herhold (Altona).

---

9) **L. Championnière.** L'étiologie de l'appendicite, grippe et alimentation carnée.

(Bull. de l'acad. de méd. 68. ann. 3. ser. Nr. 27.)

Als unermüdliche Verfechter der Idee, daß die Appendicitis eine »neue Krankheit« — in dem Sinne, daß sie früher wesentlich seltener gewesen sei — darstelle und durch die Influenza und übertriebene Fleischkost so häufig und gefährlich geworden sei, hat C. eine Sammelforschung angestellt, die — natürlich — seine Ansichten wesentlich stützt. Jedenfalls bringt er eine ganze Anzahl neuer Dokumente bei, daß 1) seit dem Wiederauftreten der Influenza 1890 die Appendicitis in manchen Gegenden überhaupt erst häufiger beobachtet werde, und auch ganz allgemein Enteritis und Dyspepsien in größerer Masse und schwerer auftreten; 2) daß die Appendicitis in Gegenden, wo die vegetabilische Kost der Bevölkerung vorherrscht, fehlt oder sehr mild verläuft, während im gleichen Bezirke der Fleischkost huldigende Eingeborene und Eingewanderte von ihr heimgesucht werden, daß 3) bei vegetabilischer Kost auch dort die Appendicitis fehlt oder sehr selten ist, wo die Grippe heftig aufgetreten ist. Manche interessante Daten sind in der Mitteilung enthalten — auf ihre Wiedergabe muß trotzdem verzichtet werden, und angeführt sei nur eine statistische Notiz von Cuzines (Bukarest), wonach bei der vegetarischen Landbevölkerung eine Appendicitis auf 22000, in Bukarest selbst 1 auf 234 Kranke kommt. Daß die Deutung seiner Momente und statistischen Unterlagen große Vorsicht verlangt, und wohl auch in anderem als seinem Sinn erfolgen könnte, scheint C. selbst zu empfinden; denn er faßt die Schlußfolgerungen nicht allzu dogmatisch und empfiehlt als Prophylaxe besonders für alle, die an Influenza leiden oder gelitten haben, eine halb vegetabilische Ernährung und Abführmittel.

Christel (Metz).

---

10) **G. Singer.** Pseudoappendicitis und Ileocoecalschmerz.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 20.)

S. gelangt nach einer fesselnd und erschöpfend behandelten lesenswerten Studie über die große Reihe von Zuständen und Krankheitsprozessen, die das Symptomenbild einer förmlichen Pseudoappendicitis täuschend nachahmen können, zu folgenden Schlüssen:

Die Diagnose der Appendicitis und namentlich jener Fälle von chronischer Wurmfortsatzerkrankung, bei denen das Latenzstadium durch mehr oder minder charakteristische Einschnitte unterbrochen wird, ruht auf sehr schwankenden Grundlagen. Unsicher, unklar und lückenhaft erscheint uns oft das diagnostische Raisonnement bei der chronischen Appendicitis. Wenn uns Zeit und volle Gelegenheit zur Beobachtung geboten ist, wenn wir namentlich über alle Veränderungen

im Krankheitsbild eines Falles rechtzeitig in Kenntnis gesetzt werden, dann werden wir nicht selten in der Lage sein, die verschiedenen Wandelungen in der Symptomenfolge zu entwirren. So können Erkrankungen, die jahrelang in einer bestimmten Richtung gedeutet wurden, durch ein Ereignis plötzlich in anderer Weise qualifiziert und charakterisiert werden. Ein nach einem vermeintlichen Blinddarmanfall auftretender Ikterus, eine Gallenblasengeschwulst usw. kann jahrelang mit anscheinender Berechtigung für Appendicitis gedeutete Symptome über den Haufen werfen und damit die Handlungsweise des Arztes in ganz andere Bahnen drängen. Manifeste hysterische Symptome, die Phänomene, welche den funktionellen Neurosen eigentümlich sind, können bei bestimmten Anlässen für die kritische Würdigung eines Krankheitsbildes entscheidend in die Wage fallen.

Andererseits bürgt niemand dafür, daß z. B. die Gallensteinkolik auch unter der Flagge der Appendicitis nicht auch wirklich mit einer manifesten Wurmfortsatzerkrankung kombiniert ist, und ob die Hysterie und Neurasthenie im anderen Falle nicht durch eine im Hintergrunde versteckte wirkliche Wurmfortsatzerkrankung ihre besondere Betonung erhält. Im Zweifel wird es wohl ein Gebot der Zweckmäßigkeit sein, für die Annahme der schweren Erkrankung zu entscheiden.

Die Beachtung der von S. besprochenen Erfahrungen über die Mannigfaltigkeit der den Ileocoecalschmerz mit sich tragenden, aber mit der Appendicitis in Wirklichkeit nichts zu tun habenden Erkrankungszustände wird erst dann einen breiteren Raum in der praktischen Nutzanwendung finden, wenn wir gelernt haben werden, die wesentlichen und außerordentlichen Krankheitserscheinungen bei der Appendicitis, die Diagnose und Differentialdiagnose nach schärferen Momenten zu charakterisieren und abzuwägen. »Vorläufig müssen wir uns gestehen, daß mit dem bewußten Griff in die rechte Seite noch lange nicht alles abgetan ist.«

Hübener (Dresden).

11) **Knapp.** A very simple method to locate the stomach.

(Med. news 1905. June 10.)

Die Lage der großen Kurvatur zu bestimmen, wendet Verf. das einfache Mittel an, die Kranken ein Glas Wasser trinken zu lassen und durch die Differenz des Temperaturunterschiedes, welche nach einer halben Minute etwa auftritt, palpierend die Grenze des Magens festzustellen. (Das Experiment ist in der Tat überraschend. Ref.)

Hofmann (Heidelberg).

12) **Rodman.** The surgical treatment of gastric ulcer.

(St. Louis med. and surg. journ. Vol. LXXXIX. Nr. 1.)

Während über die Indikation zu einem chirurgischen Eingriffe bei der Perforation des Magengeschwürs Zweifel nicht bestehen können, ist die Beantwortung der Frage, wann bei akuten Blutungen die Operation angezeigt ist, bedeutend schwieriger. R. glaubt, daß ein operativer Eingriff gerechtfertigt sei nach dem zweiten schweren Anfalle.

Dann werden auch die mancherlei üblen Folgen, wie Verwachsungen, Strikturen, Dilatation u. a., vermieden. Die Operation der Wahl sei bei Blutungen die Gastroenterostomie, und zwar die posterior; nur wenn Eile nottut, soll die anterior mit Knopf angelegt werden.

Die Pyloroplastik und die Gastroduodenostomie (»Finney's Operation«) verwirft Verf.

Bei der Behandlung des chronischen Geschwürs ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, daß ein großer Teil der Magengeschwüre den Boden zur Karzinomentwicklung abgibt. So fanden die Brüder Mayo bei 150 Fällen von operiertem Magenkarzinom in 60% »Magengeschwür« in der Anamnese. Deshalb empfiehlt Verf. bei chronischem Geschwüre den Erfolg einer 4wöchigen internen Kur abzuwarten und nach deren Versagen zu operieren. Im allgemeinen ist die Gastroenterostomie zu empfehlen. Bei Verdacht auf maligne Entartung, bei Vorhandensein ausgedehnter Verwachsungen und bei drohender Perforation verdient die Pylorektomie oder die Gastrektomie den Vorzug vor der einfachen Exzision. **Engelmann** (Dortmund).

---

13) **Friedrich.** Prinzipielles zur operativen Behandlung der Ileocoecaltumoren. Gleichzeitig ein Beitrag zur Symptomatik und Behandlung der Invaginatio coeci ins Colon transversum.

(Arch. internat. de chir. 1905. Vol. II. Fasc. 3.)

F. hat innerhalb von 2 Jahren nicht weniger wie zehn Ileocoecalgeschwülste behandelt, von denen je drei tuberkulöser bzw. aktinomykotischer und vier karzinomatöser Natur waren. Die guten Erfolge seiner Operationsmethodik veranlassen F. zu folgenden Bemerkungen:

Beim Resezieren der mit nur kurzem oder keinem Mesokolon behafteten Darmabschnitte droht vor allem von zwei Seiten Gefahr: Die Resektion in der Bauchhöhle ist schwieriger und gefährlicher, und das starke Zerren des Darmes kann zur Gangrän desselben führen.

Diese Gefahren werden bei der Operation von Ileocoecalgeschwülsten vermieden, wenn man prinzipiell von vornherein das Ileum mit dem Colon transversum anastomosiert und das dazwischenliegende Stück in großer Ausdehnung reseziert.

Der Verlauf der Operation ist kurz folgender:

Schnitt vom Rippenbogen bis nahe der Mitte des Poupart'schen Bandes. Durchtrennung des Dünndarmes 20—30 cm oberhalb des Blinddarmes und Einstülpung der Enden; das gleiche Verfahren am Colon transversum handbreit von der Mittellinie nach rechts; isoperistaltische Seit-an-Seit-Anastomose. Hierauf Entfernung verdächtiger Drüsen, Durchtrennung des Peritonealansatzes des Colon ascendens und Exstirpation des ganzen Zwischenstückes des Darmes; Naht der Peritonealblätter und Schluß der Bauchhöhle nach beschränkter Tamponade.

In analoger Weise empfiehlt F. bei den anderen Karzinomen des Dickdarmes vorzugehen.

Den zweiten Teil der Arbeit bildet die Schilderung eines äußerst instruktiven Falles von Invagination einer Ileocoecalgeschwulst in das Colon transversum.

Ein Mann von 36 Jahren, der außer einer »Unterleibsentzündung« im 16. Lebensjahre keine Krankheiten durchgemacht hatte, erkrankte an Schmerzen im Leibe, Durchfall und Erbrechen. Die akuten Erscheinungen gingen vorüber, und es blieben nur Schmerzen zurück, die in eigentümlicher Weise nachts fast immer genau um 2 Uhr unter Druck gegen das Herz auftraten und erst nach Abgang von Stuhl und Winden verschwanden. Bei mehrfacher Untersuchung fand man neben gespannten Bauchdecken eine Resistenz, deren Lage wechselte zwischen Epigastrium und linker Bauchhälfte; zuweilen glaubte man auch eine Darmsteifung, ebenfalls links, gefühlt zu haben. Mehrfache Probefrühstücke ergaben ganz wechselnde Resultate (stets aber Milchsäure!), und im Stuhle konnte Blut nachgewiesen werden. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde auf »krebsige Stenose des Colon, vermutlich im absteigenden Teile desselben« gestellt. Bei der Laparotomie fand sich jedoch folgendes: Das Colon ascendens schien zunächst zu fehlen, fand sich jedoch bald mitsamt einer Geschwulst in das Colon transversum invaginiert. Die Geschwulst saß an der Klappe, und das Colon ascendens hatte ein außerordentlich langes Mesenterium.

Nach der oben beschriebenen Methode wurde die Geschwulst reseziert und das Ileum in das Colon descendens eingepflanzt (um beide Flexuren zu umgehen). Die Heilung verlief reaktionslos. Die Geschwulst erwies sich als ein Schleimhautdrüsenkarzinom.

Der eigentümliche Symptomenkomplex war nun leicht zu erklären: die zirka 12—13 Stunden nach der Mittagsmahlzeit im unteren Ileum befindlichen Kotmassen stülpten die Geschwulst samt Colon ascendens in das Colon transversum ein, und die Desinvagination erfolgte dann nach Abgang von Stuhl und Winden. Das Erscheinen der Geschwulst in der linken Seite des Abdomen wurde durch die Länge des Mesenterium des Colon ascendens ermöglicht.

Die Tatsache der Lokalisation des Schmerzes auf die Gegend der Flexura sigmoidea ist bei Blinddarmaffektionen von Nothnagel, dem Verf. u. a. öfters beobachtet worden. Eine Erklärung für die auffallende Erscheinung gibt F. nicht. **Engelmann** (Dortmund).

---

14) **G. Jouanne.** Contribution à l'étude de l'origine hépatique des hémorrhoides.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1905.

Die Arbeit fußt auf der Anschauung, daß es bei den Hämorrhoiden sich um dilatierte Venen handelt, nicht um echte Geschwulstbildung.

Mit Dupré unterscheidet Verf. zwischen symptomatischen und idiopathischen Hämorrhoiden. Den drei Theorien der Entstehung, der kongestiven, mechanischen und infektiösen, stellt Verf. die Theorie von Gilbert und Lereboullet gegenüber, die der passiven Stauung im Pfortadergebiet infolge Leberaffektion den Hauptwert zuspricht. Eine Stauung im Pfortadergebiet führt bei den allenthalben klappenlosen Venen zuerst zu einer Dilatation der Venen in den abhängigen (ano-rektalen) Gebieten, dann erst zu einer solchen an Magen und

Speiseröhre, und schließlich zu den Erscheinungen des Kollateralkreislaufes, Ascites und Milzschwellung.

Bei einer genauen Untersuchung der Hämorrhoidarier wird man zu häufig Leber- oder Gallenleiden vorfinden, als daß man diese nur als zufällig nebeneinander bestehende Leiden erklären könnte. Andererseits findet man bei Leberleiden, auch latent verlaufenden, z. B. bei der von Gilbert und Lereboullet beschriebenen einfachen familiären Cholämie, sehr häufig Hämorrhoiden, wofür Verf. verschiedene Beispiele bringt. Von Gallensteinkranken leiden nach Gilbert und Lereboullet 85% an Hämorrhoiden. Diese Häufigkeit des Vorkommens bei Lithiasis beweist wieder, daß es sich bei letzterer nicht nur um eine Erkrankung der Gallenblase, sondern vielmehr um eine intrahepatische handelt.

Da 78% der Hämorrhoidarier leberleidend befunden wurde, legen Gilbert und Lereboullet gewissen Wert auf eine gründliche allgemeine Untersuchung. Als wichtige sichere Hinweisungen auf Leberleiden gilt ihnen neben den geläufigen auch eine Reihe anderer Erscheinungen, wie Xanthoderma, Melanoderma und Xanthelasma, weiter als weniger sichere Pruritus, Urticaria und sogar die Gänsehaut. Wichtig ist ferner außer der Urobilinurie auch die Indikanurie. Verf. weist weiterhin auf die wegen der Schmerzen und des Bluterbrechens mögliche Verwechslung einer Leberaffektion mit Magengeschwür. Gilbert und Lereboullet haben geradezu von einem Pseudoulcus gesprochen. Schließlich gilt als wichtiges Zeichen einer Lebererkrankung, die von Gilbert und Lereboullet sog. Opsiurie, Störungen des normalen Rhythmus der Harnentleerung, so daß z. B. nüchtern vielmehr Harn ausgeschieden wird als in der Verdauungszeit.

Bei der Bildung der Hämorrhoiden nehmen Gilbert und Lereboullet entgegen der Anschauung Quénu's, der die Gefäßwanderkrankung für das primäre hält, vielmehr an, daß die Dilatation der Venen das primäre, die Erkrankung der Venenwandung das sekundäre Moment sei. Die Dilatation wieder rührt lediglich vom Überdruck im Pfortadergebiet bei Lebererkrankung her.

Als letzten Beweis für die hepatogene Entstehung der Hämorrhoiden führt Verf. die Erfolge der Therapie an. Bei dieser ist die Massage der Leber nach Gilbert und de Frumerie als wichtigstes zu erwähnen. So soll z. B. die Lebermassage das erste Zeichen des gestörten Pfortaderkreislaufes, die Opsiurie, beseitigt haben. Auch sollen nach Massage der Leber sogar Hämorrhoiden geschwunden sein und Blutungen aus letzteren aufgehört haben.

In Übereinstimmung mit dieser Hypothese wird die hämorrhoidale Blutung als ein die portale Plethora verminderndes und deshalb nützliches Moment gehalten. Gilbert und Lereboullet haben nach solchen Blutungen eine Verkleinerung der Milzschwellung feststellen können. Immerhin können anhaltende Blutungen doch zu Anämie führen, und in diesem Falle muß man die Behandlung gegen die Hämorrhoidenknoten selbst richten.

E. Moser (Zittau).

15) **P. Schlacht.** Die chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden. Eine klinische Sammelstudie. 83 S. gr. 8.

Königsberg, **Gräfe & Unzer,** 1904. *M* 2.—.

S. gibt eine systematische Zusammenstellung der bis November 1894 empfohlenen Operationsverfahren. Daß er damit vielen eine willkommene Belehrung geboten hat, beweist das schnelle Erscheinen der zweiten Auflage wenige Monate nach der ersten.

Die Reinbach'sche Theorie, die Hämorrhoiden als echte Gefäßgeschwülste aufzufassen, gewinnt offenbar immer mehr an Boden. Immerhin sind die Akten über dieses Thema noch nicht geschlossen.

Von den Operationsmethoden bespricht Verf. die in den letzten 25 Jahren darüber erschienenen Arbeiten. Es ist interessant zu lesen, welche Fülle verschiedener Verfahren angegeben ist. Neben ihren Vorzügen muß, so schließt Verf. seine Mitteilung, eine jede Methode noch ihre Nachteile haben; denn noch keiner ist es gelungen, sich allseitige Anerkennung zu verschaffen. Man wird gut tun, sich je nach dem Fall dieser oder jener Methode, eventuell in Kombination, zu bedienen.

E. Moser (Zittau).

---

16) **W. Bain.** An experimental contribution to the treatment of cholelithiasis.

(Brit. med. journ. 1905. August 5.)

Durch Experimente an Hunden suchte B. zu erforschen, welche Veränderungen Gallensteine erleiden, wenn sie längere Zeit in eine normale Gallenblase eingeschlossen werden, und welches Schicksal sie haben, wenn zugleich mit ihrer Einbringung in die Gallenblase eine Cholecystitis künstlich erzeugt wurde. Außerdem wurde die Einwirkung verschiedener Medikamente auf eine Cholecystitis beobachtet. Im wesentlichen handelte es sich um eine Nachprüfung der Arbeiten von Harley und Barrett. Die Methode war folgende: In Narkose wurden den Hunden je zwei Gallensteine in die Gallenblase eingeführt nach Aufsaugung der Galle, und in einem Teil der Fälle die wieder verschlossene Gallenblase an die Bauchwand genäht, in einem anderen in die Bauchhöhle zurückversenkt. Zur Erzeugung einer Cholecystitis wurde da, wo es gewünscht wurde, eine Kultur vom Bacillus coli communis in physiologischer Kochsalzlösung vor Anlegung der letzten Naht in die Gallenblase eingespritzt und kurz vorher die Schleimhaut sanft abgeschabt zur Begünstigung einer Infektion. Die Tiere wurden 14 bis 70 Tage nach der Operation getötet, die Steinreste getrocknet und gewogen, der Zustand der Gallenblase untersucht. Die Ergebnisse aus diesen Experimenten waren kurz folgende: 1) Gallensteine werden in einer normalen Gallenblase in ungefähr 8 bis 9 Wochen aufgelöst. 2) Gallensteine werden in einer entzündeten Gallenblase nicht aufgelöst, sondern verlieren nur an Gewicht. 3) Gallensteine in einer entzündeten Gallenblase werden durch Ichthoform, Cholelysin, Olivenöl, Kalomel in keiner Weise beeinflußt, dagegen wird ihre Auf-

lösung anscheinend beschleunigt durch die schwefelhaltigen Wässer von Harrogate und durch eine Mischung von Urotropin und Iridin.

In praktischer Hinsicht ergibt sich also, daß es unsere Aufgabe sein muß, Mittel zu finden, um die Gallenblase aseptisch zu machen, damit die Galle ihre normale Funktion der Steinauflösung wieder übernehmen kann. **W. Weber** (Dresden).

Kleinere Mitteilungen.

17) **Bockenheimer.** Paquelin und Heißluftapparat mit komprimierter Luft.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1905. Nr. 6.)

B. hat den Gummiballon dieser Apparate durch einen Stahlzylinder mit komprimierter Luft ersetzt, die durch ein regulierbares Reduzierventil zuströmt. Die Einrichtung spart Personal und gestattet feinste Abmessung der Luftzufuhr und Hitze. **Gutzeit** (Neidenburg).

18) **Lagarde.** Un instrument destiné à faciliter les injections interstitielles de paraffine.

(Bull. de l'acad. de méd. 68. ann. 3. ser. Nr. 17.)

Das wesentliche an der neuen Paraffinspritze ist die Verwendung des Schraubendruckes, um Paraffin vom Schmelzpunkt bei 45° oder höher nach vorherigem Anwärmen in Form eines dünnen Fadens kalt unter die Haut zu bringen. Ein senkrecht auf dem Mantel befestigter Handgriff gestattet die kräftige Handhabung. Das sterile Paraffin wird in Glastuben vorrätig gehalten. In der Diskussion erinnert Hallopeau an die traurigen Nebenverletzungen durch falsche Ausbreitung (z. B. seitlich von syphilitischen Narben) und den Verlust des Sehvermögens durch Embolie, sowie das nachträgliche Verschwinden der Prothesen; Cornil an die chronische Reizung mit Bildung zahlreicher Riesenzellen, sowie die enge Anlagerung elastischen Gewebes in syphilitischen Narben, die dem Eindringen des Paraffins in die kleinen Interstitien sehr hinderlich sei. **Christel** (Metz).

19) **Bénaky.** Neuro-fibromatose généralisée avec molluscum pendulum de la moitié droite de la face et ptosis de l'oreille.

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. Nr. 11.)

Verf. beschreibt einen eigentümlichen Fall, den er bei einem 40jährigen Manne beobachtete. Die rechte Wange hängt, losgelöst von ihrer Unterlage, schlaff herunter, ebenso das hypertrophische Ohrläppchen. In der Wangenhaut fühlt man zwei verschieden große Knoten, von denen der größere auf Druck empfindlich ist; ebenso ist das Ohrläppchen bei Berührung schmerzhaft. Der übrige Körper des Pat. weist gleichfalls zahlreiche kleine Fibrome und halbkreisförmige, in die Cutis eingelagerte, bis walnußgroße Knötchen auf. Eine größere Geschwulst am Steißbeine. Naevi pigmentosi und Naevi vasculares sind auch vertreten. Pat. will sämtliche Eruptionen von Geburt an gehabt haben.

Verf. hält das Auftreten der Fibromata mollusca pendula sowie die Ptosis des Ohres für Folgeerscheinungen der Dermatolyse. **Klingmüller** (Breslau).

20) **Le Roy des Barres.** Un cas de bourgeon charnu pédiculé de la plante du pied.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 67.)

Die sog. Botryomykome sind nach Verf. nichts anderes als gestielte Granulationsgeschwülste ohne spezifischen Charakter. Es wird ein Fall angeführt, bei dem die histologische Untersuchung gewöhnliche Granulationen ergab.

Ein 36jähriger Anamite trat sich einen Bambussplitter in die Fußsohle. Es entstand ein Geschwür, aus dessen Mitte sich auf einem dünnen Stiel eine erbsengroße, leicht blutende Geschwulst erhob. An der umgebenden Haut keine Sensibilitätsstörungen. Das Ganze wurde mit dem scharfen Löffel abgetragen und die Wunde mit Chlorzink leicht geätzt.

Es ist der erste Fall von Lokalisation dieser Affektion an der Fußsohle.

V. E. Mertens (Breslau).

21) **Harrington.** Case of endocarditis in typhoid fever, with infarctions of the spleen and kidney.

(Glasgow med. journ. 1905. August.)

Ein 7jähriger Knabe erkrankte am 4. November 1904 und wurde am 14. November ins Krankenhaus eingeliefert. Außer Roseola waren alle Symptome des Typhus in ausgeprägter Form vorhanden. Es kam zu Herzerscheinungen und plötzlich am 20. November zur Darmperforation. Zwei Perforationsstellen ober- und unterhalb der Valvula Bauhini wurden durch Naht verschlossen, doch starb Pat. 10 Stunden später.

Die Autopsie ergab geringgradige lokale Peritonitis, endokarditische Wucherungen der Mitralis, zahlreiche Infarkte in Milz und Nieren, Darmgeschwüre typhösen Charakters, subepikardiale Blutungen und andere Veränderungen. Die mikroskopische Untersuchung ergab nun, daß alle Veränderungen auf einen offenbar in Reinkultur vorhandenen Bazillus der Proteusgruppe zurückzuführen waren, der in großen Massen an den erkrankten Stellen vorhanden war. Damit stimmte auch überein, daß während des Lebens die Widal'sche Reaktion ausgeblieben war.

Die Untersuchung wurde durch den Bakteriologen Patterson ergänzt und bestätigt, leider nur auf mikroskopischem Wege, da Kulturen aus äußeren Gründen nicht anzulegen waren. **W. v. Brunn** (Rostock).

22) **S. F. Derjushinski** (Moskau). Zweimalige Rippenresektion mit Entfernung eines bedeutenden Stückes der Pleura und des Zwerchfelles wegen eines primären Pleurasarkoms und seines raschen Rezidivs. Heilung nach der Operation und Tod infolge raschen Rezidivs des Sarkoms.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 14.)

Der Überschrift ist hinzuzufügen, daß es sich um ein 20jähriges Mädchen handelte, das erste Rezidiv etwa 8 Wochen auf die erste Operation folgte, der zweite Eingriff 4 Monate nach dem ersten statthatte, bei welchem etwa $^2/_3$ der linken Zwerchfellhälfte entfernt wurden. Auffallend und mitteilenswert ist, daß dabei, obwohl auch noch ein großer Teil der linken unteren Brustwand reseziert wurde, weder während der Operation noch einige Tage danach sich Störungen der Atmung zeigten. Eine am 5. Tage nach der Operation auftretende Dyspnoe wird von D. auf die Bildung eines Abszesses in der Nahtlinie und die Entzündung benachbarter Pleuraabschnitte erklärt, da nach Eröffnung des Abszesses an demselben Abende die Dyspnoe verschwand. **Hübener** (Dresden).

23) **J. Strasser.** Schleimkrebs der Mamma mit Hämorrhagien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 23.)

Der Schleimkrebs der Mamma ist eine ziemlich seltene Erkrankung. Simmonds gab eine Zusammenstellung der bis 1884 beobachteten 20 Fälle, Lange (1896) 75. Von 100 Mammakarzinomen ist rund eins ein Carcinoma gelatinosum.

S. bereichert die Literatur um einen weiteren, in der v. Mosetig'schen Abteilung operierten Fall, der in diagnostischer Beziehung bemerkenswert ist, da er ursprünglich ein einfaches Hämatom der Mamma bzw. eine Mastitis vortäuschte.

Hübener (Dresden).

24) **Pegram.** Penetrating bullet wound of abdomen passing through the spleen, stomach, vertebra and spinal cord.

(Annals of surgery 1905. July.)

Einschuß (Revolver) in der linken vorderen Achsellinie über der linken 8. Rippe. Lähmung beider Beine, der Blase und Chokerscheinungen. Laparotomie. Das Geschoß war durch die Milz, das Mesokolon und den Magen gegangen, die Art. splenica war verletzt. Unterbindung dieser und Naht der verletzten Eingeweide. Ein später aufgenommenes Röntgenbild zeigte, daß das Geschoß im Rückenmarkskanal in der Gegend des 11. Brust- bis 4. Lendenwirbels lag; es wurde durch Laminektomie entfernt. Die Lähmungen der Blase und der Beine gingen zurück, wenn auch eine Schwäche und Entartungsreaktion der Beinmuskeln zurückblieb, welche auf den Eintritt einer Myelitis hinwies. Pat. vermochte mit Krücken zu gehen. Weitere Besserung wird erhofft. **Herhold** (Altona).

25) **F. A. Suter.** Über die operative Behandlung von Zwerchfellwunden.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 341.)

Verf. berichtet über zwei Zwerchfellwunden, eine subkutane und eine perkutane. Die erstere war eine Pufferverletzung und komplizierte sich mit einer Zertrümmerung der linken Niere. Diese wurde exstirpiert und aus der thorakoabdominalen Wundhöhle durch Annähen des medialen Wundrandes des Zwerchfelles an die Brustwand eine rein abdominale Wunde gemacht. Heilung. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen Messerstich, der die linke Zwerchfellkuppel in einer Ausdehnung von 3 cm durchbohrt, die Serosa und Muscularis des Magens geritzt und eine doppelte Perforation der linken Flexura coli veranlaßt hatte. Zwerchfell und Darmwunden wurden genäht. Die Rekonvaleszenz war durch Vereiterung der Bauchwunde und ein rechtsseitiges Empyem gestört; schließlich erfolgte jedoch auch hier Heilung.

Während perkutane Zwerchfellverletzungen ziemlich häufige Komplikationen aller möglichen scharfen Verwundungen sind, stellen die subkutanen seltene Ereignisse dar. Sie kommen zustande durch plötzliche Erhöhung des intraabdominalen Druckes, besonders bei Sturz aus der Höhe, Auffallen eines schweren Gegenstandes auf den Körper, Verschüttetwerden, sowie bei Pufferverletzungen. Die Symptome der Zwerchfellverletzung sind oft sehr wenig deutlich, so daß häufig die Diagnose nicht gestellt werden kann. Viele Zwerchfellverletzungen bleiben infolgedessen sicher unerkannt und heilen ohne Operation aus. Nicht selten kommt es in der Folge zur Ausbildung einer traumatischen Zwerchfellhernie. Die Zwerchfellverletzung an sich gibt, wenn sie nicht zu umfangreich ist, keine unbedingte Indikation zur Operation ab; eine solche ist aber häufig durch die Nebenverletzungen geboten. Der thorakale Weg hat bisher bessere Resultate gegeben als der abdominale. Empyeme wurden nur bei 9,5% beobachtet.

M. v. Brunn (Tübingen).

26) **v. Hacker.** Subkutane Darmruptur.

(Aus dem Verein der Ärzte in Steiermark vom 13. Februar 1905.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 27.)

Pat. hatte einen Deichselstoß vor den Bauch erhalten und kam 9 Stunden danach zur Operation. Es fand sich eine vollständige quere Zerreißung des Jejunum (25 cm unterhalb der Plica) und ein Riß im Mesenterium des Colon ascendens. Heilung. **Hübener** (Dresden).

27) **Rubritius.** Zwei operativ geheilte Fälle von subkutaner Darmruptur.

(Aus dem Verein deutscher Ärzte in Prag vom 3. Februar 1905.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 12.)

1) 16jähriger Pat. fiel aus der Höhe des ersten Stockwerkes mit dem Bauch auf eine Stufe auf. Bei der 3 Stunden später vorgenommenen Laparotomie fand

man aus einer 1 cm breiten queren Perforation des Ileum geringe Mengen Kot ausgetreten und die Serosa leicht injiziert. Naht, Heilung.

2) 34jähriger Mann wird von einer Wagendeichsel gegen den Bauch gestoßen. 28 Stunden später Laparotomie. Fibrinös-eitrige Peritonitis, kleine, etwa 3 mm lange Perforation am Ileum. Naht desselben. Auftupfen aller Exsudatmassen aus der Bauchhöhle, keine Spülungen. Drainage. Heilung.

Hübener (Dresden).

28) Clairmont und Ranzi. Kasuistischer Beitrag zur operativen Behandlung des subphrenischen Abszesses.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 25.)

Wiedergabe und epikritische Besprechung von zehn in der v. Eiselsberg-schen Klinik im Zeitraume von 4 Jahren an sieben Männern und drei Frauen beobachteten und operierten Fälle von subphrenischem Abszeß. In drei Fällen wurde als Ausgangspunkt der Wurmfortsatz angesprochen, viermal schien der Abszeß stomachalen Ursprunges zu sein; in einem Falle bildete ein Ulcus duodeni, in einem anderen ein tuberkulöses Geschwür des Colon ascendens die Veranlassung. Von den zehn Pat. starben zwei = 20% Mortalität; die günstige Ziffer (gegen 50% bei Maydl und 33,5% bei Grüneisen-Körte) ist besonders auf die frühzeitige Diagnose zurückzuführen. **Hübener** (Dresden).

29) B. Sutton. Acute salpingitis caused by an inflamed appendix.

(Brit. med. journ. 1905. July 15.)

Verf. berichtet über einen interessanten Fall von Pyosalpinx, in dem — wie die Beschreibung und zwei gute Abbildungen des Präparates ergeben — das Fimbrienende der rechten Tube, infolge einer primären akuten Appendicitis mit dem Wurmfortsatze verlötet, durch einen engen Gang mit dessen Lichtung in Verbindung stand und auf diesem Wege mit Eiter angefüllt worden war. Heilung.

W. Weber (Dresden).

30) Behrend. Case of typhoid fever complicated by appendicitis. Operation, recovery followed by pleurisy with effusion, pneumothorax. Ultimate recovery.

(St. Louis med. and surg. journ. Vol. LXXXVIII. Nr. 2.)

Das Zusammentreffen von Appendicitis mit Typhus ist ein seltenes Ereignis. B. hat folgenden Fall beobachtet:

Ein 33jähriger Mensch, der an einem schweren Typhus — die bakteriologische Diagnose fehlt — leidet, kollabiert am 23. Tage der Erkrankung. Unter Schüttelfrost stellt sich ein erheblicher Meteorismus mit starker Spannung der Bauchdecken ein. Wegen Verdacht der Perforation wird sofort laparotomiert und ein schwer erkrankter Wurmfortsatz — keinerlei Perforation! — gefunden und entfernt. Der Heilungsverlauf wurde durch eine Pleuritis mit Pneumothorax stark in die Länge gezogen.

Bemerkenswert ist noch folgendes: Bei dem Pat. war eine vollkommene Amnesie für den ganzen Krankheitsverlauf eingetreten; und ferner: aus der Umgebung des Kranken erwarben dessen Frau und eine Wärterin ebenfalls einen Typhus, den sie überstanden, während eine andere Wärterin an den Folgen einer Appendicitis trotz Operation zugrunde ging! **Engelmann** (Dortmund).

31) H. Zade. Über postoperativen arterio-mesenterialen Darmverschluß an der Duodeno-Jejunalgrenze und seinen Zusammenhang mit akuter Magendilatation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 388.)

Die genannte seltene Form des Ileus beobachtete Verf. bei einer 32jährigen Pat., bei welcher wegen Carcinoma pylori die Gastroenterostomia retrocolica post.

ausgeführt worden war. Das Vorhandensein einer Kompression des Darmes an der Duodeno-Jejunalgrenze durch einen straff gespannten Mesenterialstrang, der die Art. mesenterica enthielt, wurde durch die Sektion festgestellt. Der Magen war so gedehnt, daß er bei der autoptischen Eröffnung der Bauchhöhle diese ganz auszufüllen schien. Verf. verwendet diesen Fall zur Erörterung der noch strittigen Frage, ob bei dem arterio-mesenterialen Ileus die Kompression durch einen Mesenterialstrang oder die Magendilatation das Primäre sei. Er ist geneigt, eine chronische Magendehnung für das Primäre zu halten, welche dann zu einem arterio-mesenterialen Ileus führt, wenn auf dem Boden der chronischen eine akute Dilatation entstanden ist, was infolge von Ursachen geschehen kann, welche die Motilität des Magens schwächen. Die Rolle des Magens gegenüber den Darmschlingen ist dabei eine aktive, die Darmschlingen werden durch den dilatierten Magen ins kleine Becken herabgedrängt, das Mesenterium dadurch gespannt und gezerrt. Infolgedessen kommt es zu einer Kompression an der Duodeno-Jejunalgrenze, die wieder die Stauung des Mageninhaltes und dadurch die Dilatation des Magens vermehrt. An dem ausgebildeten Krankheitsbilde haben Magen und Mesenterium gleichen Anteil, so daß Verf. die Bezeichnung »gastro-mesenterialer Ileus« vorschlägt. **M. v. Brunn** (Tübingen).

32) **Eve.** Two cases of duodenal ulcer treated by gastro-enterostomy.

(Brit. med. journ. 1905. July 15.)

E. berichtet über zwei Fälle von Duodenalgeschwür, in denen die vermutungsweise gestellte Diagnose erst nach einer Probegastrotomie durch Tastung von innen her bestätigt wurde. Beide Pat. wurden durch eine hintere Gastroenterostomie von ihren Beschwerden befreit. Zur Anlegung der Magen-Dünndarmfistel wurde die von vornherein an der hinteren Magenwand gemachte Öffnung für den Probemagenschnitt benutzt. **W. Weber** (Dresden).

33) **H. Haberer.** Ein operativ geheilter Fall von inkarzerierter Treitzscher Hernie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 10.)

23jähriges Mädchen, sonst stets gesund, erkrankte vor 4 Tagen nach Genuß einer Wurst ganz plötzlich unter zusammenziehenden Schmerzen in der Unterbauchgegend, welche sich zeitweilig steigerten. Diese Schmerzen lokalisierten sich bald in der Magengegend, ohne ihren Charakter zu verändern. Seit dem Tage der Erkrankung weder Stuhl- noch Windabgang. Seit 3 Tagen häufiges Erbrechen galliger Massen, starker Singultus. Aufnahme in die v. Eiselsberg'sche Klinik. Nach Ausheberung des Magens (Entleerung von 4 Litern gallig verfärbter, mit Wurstbröckelchen untermischter Flüssigkeit) fehlt jede Vortreibung des Bauches. Allmählich aber schwillt das Epigastrium wieder an, es zeigen sich deutliche, von links nach rechts verlaufende Darmsteifungen. Damit wird die Diagnose eines hohen Dünndarm- bzw. Magenverschlusses sicher. Als wahrscheinlichste bleibt »Inkarzeration einer retroperitonealen Hernie« übrig.

Bei der Operation (H.) gelingt es unter vielen Schwierigkeiten, den enorm dilatierten Nabel und das Colon transversum (zunächst nur teilweise) nach oben zu schlagen. Im Unterbauche finden sich drei bis vier wurmfortsatzdünne Dünndarmschlingen der hinteren Bauchwand angelagert, sonst keine in der Bauchhöhle. Serosa des Magens und der zu Gesicht gekommenen Dünndarmschlingen düster blaurot verfärbt. Das ganze restierende Dünndarmkonvolut liegt neben dem Duodenum nach links sich erstreckend im Recessus duodeno-jejunalis, der als große, bis hinter die Milz sich erstreckende, von Serosa überzogene Geschwulst imponiert. Das ebenfalls an den Recessus duodeno-jejunalis herangezogene Colon transversum läßt sich durch leichten Zug befreien, und nun zeigt es sich, daß das enorm geblähte Duodenum in der Geschwulst als zuführende Darmschlinge verschwindet, während die oberste der obenbesagten wurmfortsatzdünnen Dünndarmschlingen als abfüh-

render Schenkel herausgeht. Der inkarzerierende Ring wird durch die Plica duodeno-jejunalis gebildet, in deren freiem Rande die V. mesenterica inf. gelegen ist. Lösung durch abwechselnden Zug am zu- und abführenden Schenkel erweist sich als unmöglich. Es muß also die V. mesenterica inf. zwischen zwei Ligaturen durchtrennt werden, wobei sich die Lichtung als thrombosiert erweist. Nunmehr gelingt die Entwicklung der inkarzerierten Darmschlingen ohne Schwierigkeit. Partienweise Abtragung der vorderen (ventralen) Wand des Bruchsackes. Eingießung von 4 Litern steriler Kochsalzlösung in den Bauch. Schluß der Wunde.

In den ersten 5 Tagen reichlich diarrhoische Stühle (Folgeerscheinung der Thrombose) und leichte Temperatursteigerung. Von da ab glatter Verlauf. Heilung.

Narath, der ebenfalls über einen derartigen, mit Erfolg operierten Fall verfügt, konnte in der Literatur bloß sieben sichere Fälle von operierter Duodenojejunalhernie finden, von denen fünf tödlich endeten, und stellte fest, daß unter diesen sich nur ein einziger Fall von sichergestellter Hernia duodeno-jejunalis sinistra befindet (Rose), der gleichfalls unglücklich endete.

Hübener (Dresden).

34) **H. Lorenz.** Achsendrehung des Colon transversum.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Sitzung vom 24. Febr. 1905.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

Vorstellung einer 24jährigen Pat. aus der Hochenegg'schen Klinik, bei welcher eine weit herabhängende Schleife des Colon transversum um 180° um die Gekrösachse sich gedreht hatte. Der abführende Schenkel lag vor dem zuführenden. Laparotomie, zunächst Heilung. 14 Tage nach der Operation wieder Stenoseerscheinungen. Da eine Fixation seinerzeit absichtlich unterlassen war, glaubte v. Hochenegg an einen neuen Volvulus. Es fanden sich indessen nur vielfache Knickungen der unlängst gedreht gewesenen Schlinge, bedingt durch seither entstandene Verwachsungen und Schwielen. Es wurde eine Ileokolostomie nahe der Flexura lienalis mit völligem Erfolg angelegt. **Hübener** (Dresden).

36) **Tuffier.** A propos de la chirurgie du canal hépatique.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXI. p. 251.)

T. berichtet kurz über vier Operationen, die er bisher Gelegenheit hatte, am Ductus hepaticus auszuführen: zwei Hepaticotomien, eine Hepaticostomie, eine Hepaticogastrostomie. Die beiden ersten Operationen machte er behufs Entfernung von Steinen denen in anderer Weise nicht beizukommen war, und erzielte Heilung. Zur Hepaticostomie sah er sich gezwungen in einem Falle von Karzinom des Choledochus an der Einmündungsstelle des Cysticus; der Ikterus ging nach der Operation zurück; doch starb Pat. 8 Wochen später unter dem Bilde eines Pankreas-Duodenalkrebses. Im letzten Falle legte er wegen der gleichen Erkrankung eines umschriebenen Choledochuskarzinoms mit Erweiterung des Ductus hepaticus eine Anastomose zwischen diesem und dem Magen an. Bis zum 5. Tage ging alles gut, dann traten zwar gallige Stühle auf, gleichzeitig kam es aber zu einem profusen Gallenabfluß aus der tamponierten Bauchwunde. Die Gallenfistel blieb bestehen: Pat. magerte rasch ab und ging kachektisch zugrunde. Im gleichen Falle würde T. heute die Geschwulst exstirpieren und den Lebergang in eine Dünndarmschlinge einpflanzen; auf diese Weise glaubt er die die Haltbarkeit der Naht beeinträchtigende Zerrung besser vermeiden zu können. **Reichel** (Chemnitz).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 43. **Sonnabend, den 28. Oktober.** **1905.**

Zelluloid als Wundverband.

Von

Dr. **Alex. C. Wiener,** Chicago.

Zelluloid, gelöst in Azeton, ist vor langen Jahren von Landerer in die orthopädische Praxis eingeführt worden zur Herstellung von Korsetts und Schienenhülsen. Merkwürdigerweise sind die hervorragenden Eigenschaften, die das gelöste Zelluloid als Verbandmittel besitzt, ganz übersehen worden. Nach 6 Jahre langer, vielseitiger

Verwendung des Zelluloids in der Wundbehandlung lege ich den Chirurgen das Mittel zur Beurteilung vor. Als Antiseptikum hat Zelluloid dieselbe Wertigkeit wie Alkohol. Der große Vorzug der Zelluloidverbände besteht darin, daß sie die Wunde luft- und wasserdicht abschließen. Zu gleicher Zeit werden die verbundenen Teile immobilisiert und vor äußeren Insulten geschützt. Ein Beispiel erhellt das am besten. Einem Arbeiter ist ein Finger verletzt, der Nagel ist abgerissen. Nach Ablauf der Frist einer Infektionsmöglichkeit wird die Wunde, einerlei ob sie genäht ist oder durch Granulation heilt, mit Xeroform oder Dermatol bestreut und mit Gaze bedeckt. Dann schüttet man auf eine Lage Watte, die der Größe des Gliedes angepaßt ist, das flüssige Zelluloid aus einer Glasflasche, preßt den Verband gegen den Finger an, um die Luft zu entfernen und legt eine Muslinbinde darüber, die dann nach Erhärtung des Verbandes teilweise entfernt werden kann. Ein solcher Verband mag bis zu 8 Tagen liegen bleiben. Der Arbeiter kann leichtere Arbeiten verrichten, da die Wunde wie von einem Panzer geschützt ist. Unter gewöhnlichen Umständen müßte, wegen der großen Empfindlichkeit dieser Teile, abgewartet werden, bis sich der Nagel wieder gebildet hat.

Zum Schutze von Laparotomiewunden ist das Mittel besonders geeignet. Am zweiten oder dritten Tage werden die feuchten Verbände entfernt. Es hat sich herausgestellt, daß mit Borsäurelösung getränkte Verbände Laparotomierten sehr wohltätig sind, dadurch, daß sie Schmerzen, Brechneigung und Tympanie zu vermindern scheinen. Das vergleichsweise bessere subjektive Befinden der Kranken in den drei ersten Tagen nach der Operation ist bemerkenswert. Bei normalem Verlauf wird dann am dritten Tage ein Zelluloidverband angelegt, der je nach der Lage des Schnittes die obere oder untere Bauchgegend deckt. So entsteht eine Art Schutzplatte für die Bauchdecken. Mit diesem Verbande verlassen die Pat. das Bett. Am 11. Tage werden die versenkten fortlaufenden Silkwormnähte entfernt. Mit einem erneuten Verband werden die Kranken entlassen. Wie zuverlässig der Zelluloidverband ist, erhellt aus dem folgenden Falle: Frau Clark, 61 Jahre alt, einer äußerst mageren und heruntergekommenen Pat. mit sehr schlaffen Bauchdecken, wurde eine übermannskopfgroße, linkseitige unilokuläre Ovarialcyste entfernt. Durch eine Unvorsichtigkeit bei dem ersten Aufsein wurde die Kranke von einer heftigen Bronchitis, an der sie früher öfters gelitten hatte, befallen; sie hustete stark und hatte hohes Fieber. Der Verband hielt ausgezeichnet der Bauchpresse stand, und konnte die Kranke, wie üblich, am 12. Tage nach der Operation nach Hause entlassen werden. Es sind 8 Monate seit der Operation verflossen, und hat sich bis jetzt noch keine Bauchhernie eingestellt.

Bei Anlegung von Magenfisteln oder bei Anwendung von Drainage läßt sich natürlich der Verbnd nicht verwerten. Aus Analogie ist zu schließen, daß in der Kriegschirurgie Zelluloidlösungen, auf dem ersten Verbandplatz zum Zusiegeln von Schußwunden gebraucht, von großem

Werte sein mögen. Doch da es an jeglicher Erfahrung fehlt, müßte in diescn Fällen das Mittel von zuständiger Seite nachgeprüft werden.

Es gibt eine Indikation, bei der die Zelluloidverbände unter Umständen lebensrettend wirken. Bekanntlich ist es fast unmöglich, von tuberkulösen Fisteln, namentlich von Senkungsabszessen, Mischinfektion fernzuhalten. Man schiebt nun in diese Fisteln einen Gazedocht, der mit konzentrierter Karbolsäure getränkt ist, soweit als möglich hinauf, bedeckt die Fistelöffnung mit einem Wattebausch, der mit absolutem Alkohol befeuchtet ist, und siegelt dann die Fistel mit Zelluloid und Watte zu. Diese Verbände können 8 Tage liegen bleiben, wenn die Sekretion nicht allzugroß ist. Öfters wie halbwöchentlich ist eine Erneuerung nicht nötig. Die versiegelnde Platte wird natürlich allmählich von dem Wundsekret durchtränkt. Deshalb ist es ratsam, den Verband noch mit einer dichten Schicht von Wundwatte zu umgeben. Ich verfüge über eine ganze Anzahl so behandelter und geheilter Fälle. Vor 3 Monaten wurde ein 3jähriger Junge von Dr. G. Newton meiner Klinik überwiesen, der eine Caries des 9., 10. und 11. Brustwirbels hatte. Am Rücken befanden sich in verschiedenen Stellen bis zur Sakralregion herunter nicht weniger als fünf Fisteln, denen reichlich übelriechender, grünlicher Eiter entströmte. Der linke Oberschenkel war durch den kontrahierten Ileopsoasmuskel senkrecht in die Höhe gezogen und enthielt einen das Scarpa'sche Dreieck vollkommen ausfüllenden Senkungsabszeseß. Außerdem befand sich ein isolierter Abszeß in der Scheide des Tensor fasciae. Die Temperatur war 39,6 C, der Puls rapid, klein, etwa 130 in der Minute; kein Eiweiß im Urin. Jede Fistel wurde mit einem mindestens 10 Tropfen konzentrierter Karbolsäure enthaltenden Docht ausgestopft, wobei kein Wert darauf gelegt wurde, bis an das Ende derselben zu gelangen, und darauf die Wunden versiegelt. Der Urin wurde bei jedem Verbandwechsel, der alle 4 Tage stattfand, untersucht, und sind bis jetzt noch keine Vergiftungserscheinungen aufgetreten. Die Fisteln am Rücken sind bis auf eine geschlossen; der Appetit ist normal; die Temperatur bis auf 37,5 C heruntergegangen; der Puls ist bedeutend kräftiger, 100 in der Minute. Inwieweit sich die Widerstandsfähigkeit dieses Jungen gehoben hat, erhellt aus dem Umstand, daß derselbe vor 3 Wochen Masern, kompliziert durch eine rechtseitige, lobuläre Pneumonie, ohne Schaden durchgemacht hat. Im Interesse der Kranken ist es zu wünschen, daß die Karbolsäurebehandlung der tuberkulösen Fisteln allgemeinere Anwendung findet als es bis jetzt der Fall ist.

Bei frischen Wunden, bei denen Infektion von Eiter- oder Tetanuserregern zu befürchten ist, kann von der Anwendung des Zelluloidverbandes keine Rede sein, ehe diese Gefahr überwunden ist. Dagegen werden mit gutem Erfolg Furunkel und Karbunkel der Haut mit kleinem Einschnitt eröffnet und ebenso behandelt wie die tuberkulösen Fisteln. Die Heilung ist immer glatt, und was den Pat. besonders angenehm ist, sie können ihren Geschäften nachgehen, ohne von der Kleidung belästigt zu werden.

Die Zelluloidlösung läßt sich mit allen in Alkohol löslichen Heilmitteln, vor allem den ätherischen Ölen, mischen. Bei solchen Hautkrankheiten, die den Abschluß von Luft benötigen, ist das Mittel als Medizinträger zu empfehlen. Die Zelluloidlösung ist dem gebräuchlichen Kollodium deshalb als Verbandmittel überlegen, weil die Verbände besser haften, fester werden, gegen Wasser und Säuren widerstandsfähig sind und vor allem bei Bewegungen nicht so leicht einbrechen. Bei Kindern ersetzen Zelluloidverbände die viel schwerenen Gipsverbände vollkommen.

Die Lösung läßt sich leicht herstellen. Als Verschluß der Flaschen eignet sich am besten ein mit Gaze umwickelter Kork. Dieser läßt sich leicht an dem langgelassenen Gazezipfel herausziehen. Stöpsel von Glas oder Gummi sind unbrauchbar.

Wer sich einmal mit der einfachen Technik der Anwendung vertraut gemacht hat, der wird schon wegen der Ersparnis an Zeit und Material, die ja besonders in der Kassenpraxis ins Gewicht fällt, die Zelluloidlösung als Verbandmaterial nicht wieder verlassen.

In den Vereinigten Staaten hat die Lösung unter dem Namen »Bandageen« Markenschutz.

---

1) **F. Klaussner.** Über das psychische Verhalten des Arztes und Patienten vor, bei und nach der Operation. 33 S. Lex.-8.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1905. *M* 1.—.

Den »jungen Kollegen«, denen das Werkchen gewidmet ist, werden hier in gefälliger Darstellung viele beherzigenswerte Winke für ihr Verhalten den Pat. gegenüber gegeben, dem erfahrenen Chirurgen bietet es nichts Neues. Als Ergänzung chirurgischer Lehrbücher dürfte es den Studierenden sehr zu empfehlen sein.

Dettmer (Bromberg).

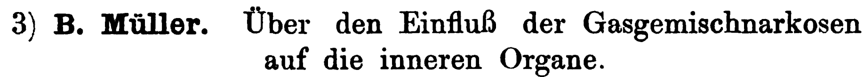
---

2) **Suter.** Les rebouteurs et les rhabilleurs de Genève et de la haute Savoie et leurs victimes.

(Arch. internat. de chirurgie 1905. Vol. II. Fasc. 3.)

Die außerordentlich eingehende und umfangreiche Arbeit bezweckt, auf die großen Gefahren hinzuweisen, die durch chirurgische Kurpfuscher in Genf und Umgebung den dortigen Kranken drohen. Diese Quacksalber werden dort bei chirurgischen Leiden unbedingt den Ärzten vorgezogen. An der Hand zahlreicher Fälle (ca. 70) weist Verf. nach, wieviel Schaden diese Kurpfuscher durch falsche Diagnosen und falsche Behandlung stiften, und wie viele Kranke der »Kunst« derselben zum Opfer fallen.

Engelmann (Dortmund).



3) **B. Müller.** Über den Einfluß der Gasgemischnarkosen auf die inneren Organe.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 2.)

Verf. stellte bei seinen umfangreichen und interessanten Versuchen fest, daß die Sauerstoff-Chloroformnarkose den Blutdruck vermindert. Derselbe sinkt konstant vom Beginne der Toleranz bis zum Ende derselben und steigt dann wieder, sobald der Kranke erwacht. Die Verminderung des Blutdruckes ist aber in der Sauerstoff-Chloroformnarkose bedeutend geringer als in der einfachen Chloroformnarkose. Die Blutdruckhöhe sinkt nie so tief unter die Normalblutdruckhöhe wie bei der einfachen Chloroformnarkose, und die Kurve macht bei der Sauerstoffgemischnarkose einen gleichmäßigen Eindruck. Ganz und gar fehlen aber die Remissionen auch bei der letzteren nicht; die Chloroformwirkung ist also nicht völlig zu korrigieren. Die Zahl der Respirationen erfährt beim Chloroform allein eine stärkere Verminderung gegenüber der Sauerstoffmischnarkose, in der sie sich mehr der Norm nahe hält.

Was nun die weiteren Einflüsse der Sauerstoffnarkosen auf den Organismus anlangt, so wurde folgendes festgestellt. Die Prozesse, die in den inneren Organen vor sich gingen, erwiesen sich hauptsächlich als Fettmetamorphose der Zellen der Organe. Im Groß- und Kleinhirn bestanden sie in Veränderungen der Gefäßwandungen und der Ganglienzellen. Doch sind diese Veränderungen ebenso wie die Einwirkungen auf das Herz geringer als bei der einfachen Chloroformnarkose. Es zeigten sich z. B. nach einer zweistündigen Mischnarkose beim Hundeherzen nur wenig geringgradige Affektionen, und man konnte nur feststellen, daß stellenweise die Querstreifung geschwunden war, und daß hier und da in der Gegend der Kerne einige Fettröpfchen zu finden waren, aber nur selten und in geringer Menge. Kein Zweifel besteht aber darin, daß Wiederholung der Narkose eine bedeutende Verschlimmerung der Fettmetamorphose hervorruft, und daß man auch im Sauerstoff kein Mittel besitzt, diese gefährliche Chloroformwirkung zu verhindern. Ähnliche Befunde weist Verf. auch für die anderen Organe — Lungen, Nieren, Leber — nach und zeigt, daß besonders starke Blutverluste die Disposition zur Fettmetamorphose wesentlich erhöhen. Der Nutzen des Sauerstoff-Chloroformgemisches beruht in der Beseitigung der Kohlensäure und in ihrer Ersetzung durch den Sauerstoff, welcher eine größere Widerstandskraft der einzelnen Zellen bewirkt. Außerdem tritt aber bei der Mischnarkose eine große Ersparnis an Chloroformgebrauch ein.

Bei der Sauerstoff-Äthernarkose ist eine depressive Einwirkung auf den Blutdruck nicht zu bemerken gewesen. Die Blutdruckhöhe lag immer über der Norm, so daß sich der Blutdruck stets als erhöht erwies, also gerade das Gegenteil wie bei der Chloroform-Sauerstoffnarkose. Die Äther-Sauerstoffnarkose wirkt auf die inneren Organe analog wie der einfache Äther, aber die Veränderungen sind doch



geringer, besonders die Salivation und die Fettmetamorphose. Der Unterschied wird auch hier durch ähnliche Faktoren hervorgerufen wie bei der Chloroform-Sauerstoffinhalation, nämlich durch den geringeren Ätherverbrauch, durch die Sauerstoffzufuhr und die Verhütung der Kohlensäureintoxikation. Die Äther-Sauerstoffnarkose besitzt eine geringere narkotische Kraft gegenüber der einfachen Äthernarkose, und zwar besonders bei widerstandsfähigen Personen, bei Alkoholisten usw. Um die Nachteile beider Narkosearten zu vermeiden, bedient man sich der kombinierten Sauerstoffinhalation mit Äther und Chloroform. Sie vermindert die toxischen Wirkungen sowohl des Äthers wie des Chloroforms. Sie erfordert aber die exakteste Dosierung, genaueste Beobachtung des Kranken und Kenntnis der Indikationen und Kontraindikationen für das einzelne Narkotikum. Durch die Vielseitigkeit der Narkose ist jedoch für jeden Pat. eine solche zu finden, die dem Organismus angepaßt ist und die denkbar geringste Gefahr bietet. Natürlich aber wird eine gewisse Gefahr bei der Narkose immer bestehen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

4) **H. Pringle, Maunsell, S. Pringle.** Clinical effects of ether anaesthesia on renal activity.

(Brit. med. journ. 1905. September 9.)

Verff. untersuchten den Einfluß der Äthernarkose auf die Urinsekretion nach Menge und Stickstoffausscheidung bei zehn aufeinander folgenden Pat., an denen Operationen verschiedener Art an den Extremitäten, Hals und Bauch ausgeführt wurden. Sie entnahmen den Urin mit Katheter kurz vor der Operation, beim Erlöschen des Cornealreflexes, nach der ersten, zweiten, dritten halben Stunde der tiefen Narkose, 6 Stunden nach der Narkose und zuletzt 24 Stunden später. Die Operationen verliefen aseptisch, die Stickstoffausscheidung wurde nach Kjeldahl bestimmt. Die sehr bemerkenswerten Ergebnisse waren in kürze, daß während der tiefen Narkose die Urinmenge abnahm bis herab zu 3,6% der normalen Ausscheidung vor der Narkose, und daß mit dieser Abnahme der Urinmenge Schritt hielt eine beträchtliche Verminderung der Stickstoffausscheidung bis herab zu 2,2% des Normalen, also fast bis zum völligen Aufhören. Diese Untätigkeit der Nierenepithelien scheint zuzunehmen mit der Länge der Narkose.

W. Weber (Dresden).

---

5) **F. Kuhn.** Perorale Tubagen mit und ohne Druck. I. Teil. Perorale Tubage und pulmonale Narkose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 148.)

6) Derselbe. II. Teil. Perorale Intubation mit Überdrucknarkose.

(Ibid. Bd. LXXVIII. p. 467.)

Tendenz der Arbeiten ist, das von K. konstruierte Instrumentarium für perorale Tubage der Luftwege allgemeiner bekannt zu machen

und seine weitreichende Verwertbarkeit für Narkose, auch für solche mit erhöhtem Luftdruck darzulegen. In der ersten Arbeit werden zunächst einige geschichtliche Notizen über ältere für gleiche Zwecke von früheren Autoren (O'Dwyer, Stockum, Doyen usw.) konstruierte Apparate unter Beifügung von Abbildungen gegeben, dann wird zur Besprechung von K.'s eigenem Apparate übergegangen. Diese Besprechung ist in der ersten Arbeit noch lückenhaft, insbesondere fehlen hier Abbildungen, die nebst den nötigen Beschreibungsergänzungen aber in der zweiten Arbeit zu finden sind. 1) K.'s Tubage »steht und fällt« mit dem von ihm als Luftzufuhrkanal benutzten Metallschlauchrohr, das luftdicht gebaut und biegsam in bekannter Weise aus spiralig aufgewundenen Metallstreifen herzustellen ist. Wichtig ist, daß dies Rohr tunlichst weit gewählt wird, um ausreichende Luftmengen passieren zu lassen; sodann ist ihm die nötige Länge zu geben, was beides von Fall zu Fall individualisierend geschehen muß. Nach K.'s Erfahrungen ist zu wählen:

für Frauen 10—12 cm Länge und 8—9 mm Weite des Rohres,
für Männer 12—14 » » » 9—10 » » » »
für Kinder 6—10 » » » 6—7 » » und mehr.

2) Oberhalb des in den Kehlkopf einzuführenden Röhrchens ist nach O'Dwyer eine ringförmige Sperre angebracht, die sein Weiterrutschen durch Anstemmung an den aryepiglottischen Falten zu hindern hat. 3) Das Kehlkopfkanülenende ist dreikantig, pyramidenförmig, mit je einer dreiekigen Öffnung auf jeder Dreiecksfläche. 4) Am labialen Ende des Rohres sitzt ein derber Ring zum Aufbeißen. Mit ihm verbunden sind zwei flügelförmige Fortsätze, die hinter die Zahnreihen kommen, ferner zwei Ringe zum Anbringen von Gummischleifen, mit denen der Apparat dem Pat. um Kopf und Hals geschlungen wird, sowie ein Bügel, der als Handhabe dient. 5) Zur Einführung des Apparates dient ein fester Mandrin, mit Handgriff und Olive versehen, welch letztere in die Lichtung des laryngealen Kanülenendstückes hineinpaßt. Soll narkotisiert werden, so wird an das Mundende des Apparates ein Verlängerungschlauch mit Trichtermaske zum Chloroformauftropfen angesetzt.

Über die Vorzüge, die der eingelegte Apparat für die Narkose hat, wird auf K.'s diesbezügliche Äußerungen auf dem diesjährigen Chirurgenkongreß verwiesen (unser Blatt, Kongreßbericht 1905 p. 34). Hervorzuheben ist nur, daß eine ganze Reihe von Narkosen bei schwierigen Operationsfällen berichtet werden, in denen der Apparat die besten Dienste geleistet hat.

In der zweiten Arbeit beschäftigt sich K. mit der Narkose unter erhöhtem Luftdruck, die nach den neuen Vorschlägen von Sauerbruch usw. vor allem bei den Thorax weit öffnenden Eingriffen zur Verhütung des Lungenkollapses zu dienen geschaffen ist. Hierzu bedarf es unter Einlegung des K.'schen Apparates erstlich einer Abdichtung der Luftwege bis auf den Luftzufuhrschlauch desselben. Einfacher und sicherer als die Anbringung durch Aufblähung tam-

ponierend wirkender Ballons, ähnlich wie bei Trendelenburg's Trachealtamponkanüle am laryngealen Luftschlauchende, ist eine Ausstopfung der ganzen Mund-Rachenhöhle mit Gaze, verbunden mit einem Verschluß der Mundöffnung durch eine Gummiplatte, die an Bügeln befestigt wird. Zugleich kann die Nase durch eine Klemmzange zugedrückt werden. Die Exspirationsluft des Pat. wird durch einen Schlauch unter Wasser geleitet mittels eines sog. »Wasserventils« (das nach dem Prinzip der pneumatischen Wanne gebaut ist). Der erhöhte Druck der zuführenden Luft wird durch eine Sauerstoffbombe geliefert, aus der mittels Ventil der Luftstromdruck dosierbar ist. Chloroform wird ähnlich wie beim Roth-Dräger'schen Apparat dem Sauerstoff hinzugefügt. Einschaltung etlicher Gummisäcke (Gummieisbeutel) zu Druckausgleichungen sowie eines Wassermanometers zur Kontrolle des Druckes in der Rohrleitung vervollständigen den Mechanismus.

Soweit ersichtlich, ist K. über ein endgültiges, bestes Modell für die Anordnung der Vorrichtung noch nicht im reinen, doch berichtet er über verschiedene Narkosen mit Überdruck bei Menschen, die gut verlaufen sind, und was die Leistungsfähigkeit dieser Narkosen für den Brustkorb eröffnende Eingriffe betrifft, verfügt er über mehrere Tieroperationen, wo der Lungenkollaps verhütet wurde.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

7) **R. Neuenborn.** Äthylchloridnarkose in der Hals-, Nasen- und Ohrenpraxis.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XVII. Hft. 1.)

Auf Grund eines Materials von 400 Fällen befürwortet Verf. aufs wärmste das Äthylchlorid zur Narkose bei kurzdauernden Eingriffen; er rühmt ihm vor allem nach: das schnelle Eintreten der Narkose (1/2—5/4 Minuten), das Fehlen des Exzitationsstadiums bei hinreichender Übung, das schnelle Erwachen und Fehlen unangenehmer Nachwirkungen, so daß sich die Pat. auch nicht gegen eine eventuell notwendige Wiederholung der Narkose sträuben, wie es beim Bromäthyl vorkomme.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

8) **J. Mouret.** Sur une voie de communication directe entre l'antre mastoïdien et la face postérieure du rocher.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 1.)

Für eine erfolgreiche Therapie intrakranieller Komplikationen ist naturgemäß die Kenntnis der möglichen Verbreitungswege von Bedeutung. Darum verdient die vorliegende auf Grund der Untersuchung von 50 Schläfenbeinen beruhende Studie Beachtung. Verf. untersuchte das Verhalten der Fossa subarcuata und des Canalis petro-mastoideus. Die ausgedehnte Fossa subarcuata des Neugeborenen ist beim Erwachsenen durch einen intrapetrösen Kanal repräsentiert (mit translabyrinthären Verlauf), dessen extrapetröse Öffnung durch

eine kleine Grube dargestellt wird, die Fossa subarcuata des Erwachsenen. Die Fossa subarcuata des Neugeborenen finde sich gewöhnlich am Übergange der oberen zur hinteren Pyramidenfläche, der Grund der Grube werde durch die mediale Antrumwand gebildet, bedeckt werde sie von der Dura entsprechend dem Rande des Tentorium cerebelli; von jener gehe ein fibröser Strang mit bedeutenden Gefäßen hinein; durch Verknöcherung verschwinde sie allmählich, und hänge die Lage beim Erwachsenen davon ab, an welcher Fläche die Verknöcherung zuerst rascher fortschreite. Der Grund der Grube, der beim Neugeborenen mit dem periantralen Knochengewebe in Kontakt bleibt, erhält sich als Canalis petromastoideus. Dieser liegt inmitten oder unter den petrösen Zellen der oberen Wand des Meatus internus, ohne mit ihnen zu kommunizieren. Jenseits der Meatusgegend verbreitet sich der Kanal in das Labyrinthmassiv, verläuft unter dem oberen und über dem horizontalen Bogengang und endigt im Antrum, Aditus oder periantralen Zellen. Meist verläuft er geradlinig von außen nach innen oder entsendet ein oder zwei Zweige in die Pyramidenfläche. So bildet er den Vermittler von Antrum einer- und Dura resp. Sinus petrosus superior, lateralis und Cerebellum andererseits.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

9) **Goldmann.** Röntgenaufnahmen der Stirnhöhlengegend.

(Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen 1904.)

Als ein diagnostisches Hilfsmittel diene die Röntgenaufnahme der Stirngegend; wenn der Kranke mit der Stirn auf die photographische Platte gelegt werde, die Aufnahme also im antero-posterioren Durchmesser des Schädels erfolge, so erhalte man Kenntnis, ob Pat. eine Stirnhöhle besitzt, ob die beiden Höhlen gleichmäßig entwickelt, ob vollständig oder unvollständig voneinander getrennt sind, ob knöcherne Lamellen einzelne Teile abtrennen usw. Verf. hofft, daß die Diagnose der in die Schädelhöhle perforierenden Stirnhöhleneiterungen durch die Röntgenaufnahme möglich werde; so demonstriert er eine vor der Operation diagnostizierte epidurale Eiterung bei Schädelkaries, die sich als deutlicher Schatten um den Knochendefekt abhebt. Bei Aufnahme im bitemporalen Durchmesser deckten sich gegenseitig die Nebenhöhlen und entstehe so ein wenig anschauliches Bild.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

10) **E. Lombard.** Des indications opératoires dans quelques formes cliniques et anatomiques des sinusites frontales.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 21.)

Während ungefähr bis zum Jahre 1893 nur bei drohenden Komplikationen oder Fistelbildungen operiert wurde, ist die in Rede stehende Frage seitdem durch die Arbeiten von Luc, Kuhnt, Jansen usw. in Fluß gekommen. In seinen pathologisch-anatomischen Erörterungen folgt Verf. genau der Einteilung, die Hajek in seiner

ausgezeichneten Monographie gibt. Die Indikation zur Operation bei akuten Fällen bestehe einmal, wenn bei hoher Virulenz eine enorme Schwellung der Höhle und des Canalis naso-frontalis bestehe, oder bei anatomischen Besonderheiten es zu einer vollkommenen Retention komme, und intranasale Behandlung nicht zum Ziele führe. Bei den chronischen Fällen operiert Verf. einmal bei eitrigen, alten Empyemen mit mutmaßlichen Knochenveränderungen, aber auch bei chronischen katarrhalischen, mit kaum passierbarem Meatus und heftigem Kopfweh. Ferner natürlich bei Fistelbildung und Komplikationen. Sodann beschreibt L. die bei der Operation in Betracht kommenden anatomischen Besonderheiten und die Prinzipien der verschiedenen Methoden. Sehr dankenswert ist der Abschnitt über die Ursachen der Mißerfolge nach der Operation; dieselben können beruhen a. auf Allgemeinerkrankungen, b. auf lokalen Ursachen; und zwar kann die Operation ihren Zweck verfehlen, weil ein erkrankter Knochenherd übersehen wird, oder infolge intranasaler Maßnahmen eine Reinfektion erfolgt oder eine benachbarte Sinuserkrankung fortbesteht; eine Verschlimmerung kann eintreten infolge Frontalphlegmone, Sinusitis der gegenüberliegenden Seite, Osteomyelitis des frontale, endokranieller Komplikationen. Die Erkrankung des Stirnbeines könne von einem septischen Herde vermittels Knochenkanälchen erfolgen. Die Kritik der einzelnen Methoden kann natürlich nur sehr allgemein gehalten sein. Bei akuten Fällen empfiehlt Verf. die Methode von Ogston-Luc mit teilweiser Resektion der vorderen Wand und Drainage nahe der Nase. Übrigens hält er die Frage der Operationsmethode für noch lange nicht entschieden.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

11) **Gerber.** Prinzipien der Kieferhöhlenbehandlung.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XVII. Hft. 1.)

Mit Recht betont Verf., die Unzahl der Methoden und Modifikationen zur Behandlung der Kieferhöhleneiterungen beweise zur Genüge, daß noch kein allgemein befriedigendes Verfahren gefunden sei. Dem in letzter Zeit noch am meisten anerkannten Verfahren von Caldwell-Luc hafte der große Mangel an, daß die untere Muschel ganz oder zum größten Teil geopfert werden müsse und dies eine lästige Borkenbildung zur Folge habe. G. hat nun schon vor Caldwell-Luc ein ähnliches Verfahren an seiner Klinik geübt und durch Alsen beschreiben lassen, das den erwähnten Mangel vermeidet. Da es trotz eines deshalb geführten Prioritätsstreites nicht genügend beachtet worden sei, kommt er nochmals auf die Vorzüge seiner Methode zurück. Nach breiter Eröffnung der Fossa canina und Anlegung einer großen Gegenöffnung im mittleren Nasengange vernäht er die Schleimhaut der Fossa canina. Dem Vorwurf, daß die Gegenöffnung sich nicht am tiefsten Punkte befinde, halte er entgegen, daß er mit Kümmel darauf nicht so viel Wert lege; denn einmal wechsle die »tiefste« Stelle mit der jeweiligen Körperlage, ferner sei der untere

Nasengang keineswegs der tiefste Punkt (besonders bei stark ausgebildeter Alveolarbucht; Ref.), endlich hänge die Gesundung einer entzündeten Kieferhöhle noch von ganz anderen Faktoren, als von der Lage der Öffnung ab. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

12) **A. Denker.** Zur Radikaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XVII. Hft. 2.)

Der Mangel einer absolut verläßlichen Radikaloperation derjenigen chronischen Kieferhöhlenempyeme, welche konservativer Behandlung oder kleineren chirurgischen Eingriffen trotzen, zeitigt fortwährend neue Vorschläge. Eine Zeitlang schien es, als ob die Methoden nach Caldwell-Luc, Gerber, Bönninghaus allgemein Anerkennung finden sollten; das Prinzip derselben besteht bekanntlich in breiter Eröffnung der Fossa canina, Gegenöffnung in der lateralen Nasenwand im Bereiche des mittleren oder unteren Nasenganges, und Schleimhautnaht in der Fossa canina; die Öffnung nach der Nase wird durch einen in die Höhle gelegten Schleimhautlappen gesichert. Indessen folgten bald neue Vorschläge: P. L. Friedrich veröffentlichte seine Methode, die den Weg nicht submukös nimmt. Friedrich umscheidet den Nasenflügel, setzt einen Schnitt senkrecht nach unten außen darauf und entfernt dann, vom unteren Teile des lateralen Randes der Apertura piriformis beginnend, den Teil des Os maxillare, in den faciale und nasale Kieferhöhlenwand auslaufen, reseziert noch ein Stück der facialen Higmorshöhlenwand und entfernt, am Boden der Höhle sich haltend, die laterale Nasenwand in Höhe von 1 cm und in Länge von 3 cm; unter Umständen wird ein Teil der unteren Muschel geopfert. Der Tampon wird zur Nase geleitet, die äußere Wunde vernäht; Entstellung wurde nicht beobachtet. Kretschmann legt submukös auch die Umrandung der Apertura piriformis frei, löst die Schleimhaut des unteren Nasenganges von der Unterlage ab, läßt aber den lateralen Rand der Apertura piriformis stehen aus Furcht vor einer Entstellung; die orale Wunde läßt er sich langsam unter steter Kontrolle der Höhle schließen. D. hat nun die Operation so ausgeführt, daß er sich die Vorteile jeder Methode zu Nutze gemacht, indem er submukös operiert und den lateralen Rand der Apertura piriformis fortnimmt; so wird eine möglichst gute Übersicht, wie sie bei Caldwell-Luc fehlte, erreicht, und die äußere Narbe des Friedrich'schen Verfahrens vermieden. Verf. beschreibt genau sein auf der Kombination der genannten Methoden aufgebautes Verfahren und berichtet über drei mit günstigem Ausgang operierte Fälle. Ref. kann die guten Erfahrungen D.'s an fünf operierten Fällen durchaus bestätigen. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

*

13) **Körte.** Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege und der Leber. Mit 16 Abb. im Text und 11 Tafeln. XII, 440 S.

Berlin, A. Hirschwald, 1905. ℳ 18.—.

In dieser, der deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewidmeten Arbeit teilt Verf. seine persönlichen Erfahrungen auf dem im Titel genannten Gebiete mit, welche er vom Jahre 1890 bis August 1904 im Krankenhaus am Urban und in der Privatpraxis sammeln konnte. Sie stützen sich auf Beobachtungen und Eingriffe an 487 Fällen, deren Krankengeschichten mit allem Wissenswerten im Anhange nach Gruppen geordnet zusammengestellt sind und im Texte nur dort, wo es zur Illustration nötig erschien, mitgeteilt werden.

Wer sich mit Leberchirurgie beschäftigt, wird das Werk im Original lesen; Ref. beschränkt sich daher auf eine Hervorhebung seiner wesentlichen Gesichtspunkte. Der Häufigkeit des Auftretens entsprechend bezieht sich der größte Teil des Buches und der Fälle auf die Krankheiten der Gallenwege, insbesondere die Cholelithiasis, von der allein über die Hälfte des Textes und zwei Drittel der Krankengeschichten handeln.

In der Einleitung (Kapitel I) bespricht K. die Entstehung, die Bildungsstätten, das Schicksal der Gallensteine, die Erscheinungen, welche sie verursachen, und erörtert die Indikationen, den Zeitpunkt und die Erfolge ihrer chirurgischen Behandlung. Da die einfache, reguläre (Naunyn) Cholelithiasis unzweifelhaft durch innere Mittel zur Heilung oder Latenz gelangen kann, nur bei einer Minderzahl der Pat. die gefährlichen Folgen des Leidens entstehen, ein Übersehen von Steinen selbst bei großer Sorgfalt und Erfahrung nicht ausgeschlossen ist, eine wirkliche Neubildung, besonders wenn die Gallenblase erhalten bleibt, wenn auch selten, vorkommt (Kapitel IV), so hält K. eine prinzipielle Frühoperation im vorbeugenden Sinn in dem Stadium, wo eine direkte Gefahr noch nicht besteht, nicht für berechtigt, obwohl sie im ganzen ungefährlich ist. Auch können selbst nach den einfachsten Eingriffen am Gallensystem Verwachsungen der Gallenblase oder der Leber mit den Nachbarorganen zurückbleiben und Beschwerden machen. K. ist deshalb bei der Cholelithiasis ohne Entzündung mit der Operation im allgemeinen zurückhaltend, während er sie bei allen entzündlichen Formen und beim Choledochusstein rückhaltlos empfiehlt, da hier immer mehr oder weniger große Gefahren drohen, die ohne Rücksicht auf ein späteres Rezidiv oder postoperative Verwachsungsbeschwerden dringend Beseitigung erfordern. Als absolute Indikationen zur Operation gelten K.: die akute infektiöse Cholecystitis auch im akuten Stadium, die rezidivierende Cholecystitis, wenn die Anfälle sich häufen und die Gallenblase auch in der Zwischenzeit schmerzhaft bleibt, das chronische Empyem der Gallenblase, der chronische Steinverschluß des Choledochus mit und ohne Entzündungen und alle eitrigen Prozesse in der Umgebung der Gallenblase sowie in der Leber. Relative Indikation ist der Hydrops der Gallenblase, wobei

die Beschwerden und entzündlichen Reizungen den Ausschlag geben. Bei der chronischen rezidivierenden Cholelithiasis ohne erhebliche Entzündungserscheinungen wird die operative Behandlung dann eintreten, wenn alle internen Mittel und die Geduld des Kranken erschöpft sind. Auf körperliche Arbeit angewiesene werden sich eher zu ihr entschließen als Leute, die sich schonen und pflegen können.

Für den Ausgang der Gallensteinkrankheit ist von entscheidendem Werte der zugrunde liegende Krankheitsprozeß. Die Hauptgrundsätze jedes chirurgischen Eingreifens: Entfernung der Steine und des infektiösen Inhaltes aus Gallenblase und -gängen, sowie Sorge für Ableitung etwa nachgebildeten infektiösen Sekretes lassen sich auf verschiedenen Wegen durchführen. Es ist aber für die Prognose ein großer Unterschied, ob eine Cystektomie oder Cystostomie bei einfacher Cholelithiasis oder wegen akuter infektiöser Cholecystitis ausgeführt wird, ob bei einer Choledochotomie klare Galle oder getrübtes, infektiöses Sekret im Choledochus oder Hepaticus vorhanden ist. K. gruppiert deshalb sein Material nach der Art der vorliegenden Erkrankung und nicht nach der Operationsmethode, wie das früher, solange man ihr noch maßgebende Bedeutung für den Ausgang beilegte, üblich war. Dadurch gelangen anatomisch und klinisch gleichwertige, zur Vergleichung geeignete Fälle zur gruppenweisen Besprechung. Ihr schickt Verf. im Kapitel II und III Bemerkungen zur Physiologie und Anatomie der Gallenwege und zur Differentialdiagnose der Krankheiten der Gallenwege voraus. Es werden dann der Reihe nach in der eben gekennzeichneten Weise die chronische und akute Entzündung der Gallenwege (Kapitel V), die Cholelithiasis ohne erhebliche Entzündung der Gallenwege (Kapitel VI), ihre Komplikationen mit Magenaffektionen (Kapitel VII) und die Cholecystitis acuta infectiosa (Kapitel VIII) abgehandelt. Erst Kapitel IX bringt dann zusammenfassend die Technik der operativen Verfahren und der Nachbehandlung — K. bevorzugt jetzt die Cystektomie mit Drainage des Choledochus und Hepaticus von einem schrägen am Proc. ensiformis beginnenden Längs- oder Winkelschnitt — und berichtet über die Todesursachen. Im Kapitel X wird die Komplikation der Cholelithiasis und Cholecystitis mit Pankreaserkrankungen erörtert. Hier ist K. nach anatomischen Untersuchungen und seinen Erfahrungen der Ansicht, daß die der Cholelithiasis folgende Entzündung häufig als Ursache der Pankreatitis anzusehen sei, ebenso wie umgekehrt Erkrankungen des Pankreaskopfes Gallenstauung bedingen. Das Karzinom der Gallenblase (Kapitel XI) hat K. 32mal klinisch beobachtet. Bei der großen Mehrzahl war sowohl Leber als Gallenblase vergrößert. Heilung ist möglich, solange Drüsenmetastasen fehlen. Die frühzeitige Erkennung wird nur durch die fast ausnahmslos gleichzeitig bestehende und eine Operation indizierende Cholelithiasis und Cholecystitis ermöglicht. Einmal fand sich Gallenblasentuberkulose bei einer Pat., welche wegen Peritonitis tuberculosa operiert worden war. — Recht bösartige Peritonitiden (Kapitel XII) sah K. bei neun Pat. von den kranken Gallenwegen aus-

gehen; nur vier davon konnten noch operiert werden, zwei von ihnen wurden durch die Operation geheilt. Von 15 Kranken mit akutem Darmverschluß durch Gallensteine (Kapitel XIII) wurden 11 operiert, davon 5 geheilt. 10mal saß der Stein im unteren Dünn-, 1mal im Dickdarm; nach K.'s Ansicht wird er durch den Krampf der Darmmuskulatur, den der Reiz des Fremdkörpers auslöst, festgehalten. Der oralwärts gelegene Darmabschnitt ermüdet oder wird durch die Gärungsvorgänge im gestauten Darminhalt in seiner Beweglichkeit beeinträchtigt. Die Diagnose des Gallensteinileus ist nur selten so sicher zu stellen, daß andere Verschlußarten ausgeschlossen werden können. Deshalb, und weil der Ausgang der exspektativen Behandlung ganz ungewiß ist, ist möglichst frühzeitige Operation das einzige sichere Mittel zur Heilung. Der Verschluß des Choledochus durch Geschwülste, Narben, Lymphdrüsenschwellungen (Kapitel XIV), welchen K. 18mal beobachtete, ist vom Choledochusstein durch die dauernde Gelbsucht und die Vergrößerung der Gallenblase gewöhnlich zu unterscheiden. Bei bösartigen Geschwülsten (Karzinom des Pankreas, der Papilla Vateri oder des Choledochus) ist die Operation wenig aussichtsvoll. Im Kapitel XV — Leberabszesse — empfiehlt K. als bestes diagnostisches Mittel die Probepunktion, an die bei positivem Ausfalle die Operation sofort anzuschließen ist. Dabei gibt die Lebereiterung infolge von Cholelithiasis oder Dysenterie die besten Erfolge, da sie meist unilokulär ist; bei Perityphlitis und Cholangioitis ascendens sind meist disseminierte Eiterherde vorhanden, die selten alle bei der Operation gefunden werden können. Mit den Kapiteln XVI—XVIII (Operation wegen Echinokokkus der Leber und der Bauchhöhle, bei Geschwülsten der Leber und Leberverletzungen) schließt das interessante Werk, das durch die reichen, sich über einen 14jährigen Zeitraum erstreckenden persönlichen Erfahrungen seines Verf. und die übersichtliche Art ihrer Darstellung ganz besonders wertvoll ist.

Gutzeit (Neidenburg).

---

14) **T. Walzberg.** Die Gallensteine und ihre Behandlung. Mit 1 Tafel in mehrfarb. Druck und 1 topograph. Skizze. 59 S. Lex.-8.

Minden i. W., **J. C. C. Brun's** Verlag 1905. ℳ 3.—.

Verf., ein selbst wegen Verwachsungsbeschwerden nach Cholelithiasis erfolgreich operierter Kollege, verfolgt mit der vorliegenden Abhandlung den Zweck, ein klinisches Bild der Cholelithiasis vom chirurgischen Standpunkt aus zu skizzieren; sie ist nicht für den Chirurgen, sondern für den praktischen Arzt bestimmt, um ihn von der Notwendigkeit frühzeitiger Operation zu überzeugen und durch seine Vermittlung die Chirurgie der Gallensteinkrankheit auch bei der leidenden Menschheit populär zu machen.

In zwei Teilen (I. Symptomatologie, Verlauf und Folgezustände, II. Behandlung) gibt W. eine klare, durch Einflechtung eigener Erfahrungen belebte Darstellung des Leidens, auf dessen Gefahren dem

Zwecke des Buches entsprechend besonders eingegangen wird. Hier ist zu erwähnen, daß W. tödliche parenchymatöse Blutungen nach der Operation bei völligem Verschluß der Gallenwege nach den Darm und Gallenfistel, also ohne daß Ikterus bestand, erlebte, woraus er schließt, daß für die sog. cholämischen Veränderungen des Blutes nicht die Cholämie das Wesentliche ist, sondern daß für diese Veränderungen die Abwesenheit der Galle im Darmkanale die eigentliche Ursache abgibt. Da die innere Therapie oft ganz versagt oder das Leiden nur aus dem manifesten in ein latentes Stadium überführt, das Wochen, Monate, Jahre dauern kann, dessen Bestand aber niemand vorauszusehen vermag, so ist die Operation das einzig sichere Mittel zur Heilung; ihre Resultate sind um so besser, je frühzeitiger sie vorgenommen wird, worauf hinzuwirken daher Pflicht des Hausarztes ist. Die meisten Todesfälle nach der Operation betreffen verschleppte, mit schweren Entzündungserscheinungen behaftete und durch Cholämie gefährdete Fälle.

Verf. erwirbt sich mit seinem Schriftchen, das mit einer Schilderung der verschiedenen chirurgischen Verfahren bei Cholelithiasis schließt, ein Verdienst nicht nur um die Gallensteinkranken, sondern auch um die Gallensteinchirurgie, die bei frühzeitigem Eingreifen noch weit mehr Erfolge erringen wird als bisher. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

15) **Bunge.** Die Talma-Drummond'sche Operation. Ihre Indikation, Technik und die bisher erzielten Resultate. Mit 1 Abbildung, 118 S.

Jena, **Gustav Fischer,** 1905. *M* 3.60.

Nach einem kurzen historischen Überblicke besonders auch über die experimentellen Untersuchungen, welche den Boden für die Talma-Drummond'sche Operation geschaffen haben, wird die Berechtigung der Auffassung des Ascites bei der Lebercirrhose als eines Stauungsascites auf Grund der mikroskopischen Untersuchungen von Kretz nachgewiesen. Es folgt dann die Mitteilung von 14 einschlägigen Krankengeschichten aus der Königsberger Klinik, der sich die tabellarische Zusammenstellung von 274 in der Literatur aufgefundenen Beobachtungen anschließt.

Die Indikation für die Operation geben »alle Fälle, aber auch nur solche, bei denen Erscheinungen der Pfortaderstauung vorhanden sind«. Diese Pfortaderstauungen werden im allgemeinen durch cirrhotische Prozesse in der Leber bedingt. Die von Talma aufgestellten Kontraindikationen für seine Operation sind in neuerer Zeit durch Kretz erweitert, indem er den Eingriff als nicht indiziert ansieht bei verminderter Harnstoffausscheidung, alimentärer Glykosurie und Lävulosurie. In eingehender Kritik, in der manche hochinteressante und wichtige Frage aus der Physiologie des Stoffwechsels berührt werden, weist B. die Kretz'schen Kontraindikationen der Reihe nach zurück und läßt nur die von Talma selbst schon angegebenen zu Recht be-

stehen. Außer dem Ascites können auch die infolge der Pfortaderstauung beobachteten Blutungen aus varikös erweiterten Anastomosen (Ösophagus) oder kleineren mehr chronisch verlaufenden Blutungen in den Nahrungskanal Veranlassung zum operativen Eingreifen geben. Auch für die »Cirrhose cardiaque«, die »perikarditische Pseudolebercirrhose« und die »Zuckergußleber« soll die Talma'sche Operation, wenn auch mit gewissen Einschränkungen, ihre Berechtigung haben.

Was den Zeitpunkt für die Operation anlangt, so wird der Chirurg in den Fällen, wo es sich um die Bekämpfung des Ascites handelt, wohl erst immer dann hinzugeholt, wenn trotz interner Behandlung und mehrfacher Punktionen keine Besserung eingetreten ist. Anders in den Fällen von Blutungen aus dem Magen-Darmkanal; da will B. bei sichergestelltem Vorhandensein einer Lebercirrhose jede aus dem Magen-Darmkanal auftretende Blutung für eine strikte Indikation ansehen, die Talma'sche Operation ohne Verzug auszuführen, sobald es der Zustand des Pat. erlaubt.

In technischer Beziehung gibt B. der extraperitonealen Einnähung des Netzes zwischen hintere Rectusscheide und Muskel den Vorzug. Er betont wiederholt, daß das Netz ohne jede Spannung einzunähen sei. Oft kommt man mit der einfachen Netzeinnähung nicht aus, sondern muß noch die »Splenopexie« hinzufügen, deren einzelne Methoden ebenfalls angegeben werden. Die Gefahren der Operation sind sehr gering anzuschlagen; freilich können Darmknickungen mit Ileus auftreten, wenn das Netz zu straff gespannt war. Heilung, d. h. Beseitigung der Stauungserscheinungen, wird in etwa 30% der Fälle erreicht, Besserung in etwa 14%, unbeeinflußt sind 56% geblieben.

Das am Schluß gegebene Literaturverzeichnis dürfte wohl Anspruch auf absolute Vollständigkeit machen können.

Dettmer (Bromberg).

---

16) **A. W. M. Robson.** Die entzündlichen Affektionen des Pankreas unter besonderer Berücksichtigung des Pankreaskatarrhs und der chronischen Pankreatitis.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 35 u. 36.)

Klinische Darstellung der Ätiologie, Symptomatologie und Therapie auf Grund reicher eigener sowie fremder Erfahrungen. R. unterscheidet von katarrhalischen Entzündungen: den akuten und chronischen einfachen Katarrh und den eitrigen Katarrh, und von parenchymatösen Entzündungen die akuten Formen — ultra-akute und akute hämorrhagische Pankreatitis, gangränöse Pankreatitis, eitrige Pankreatitis, subakuten Pankreasabszeß und die chronischen Entzündungen — interstitielle Pankreatitis und Cirrhose der Bauchspeicheldrüse. In der Frage der Ätiologie wird auf den Zusammenhang von Mumps und Pankreatitis hingewiesen und als häufigste Ursache die Verlegung des Gallenganges betont. Der Pankreaskatarrh kann sicher festgestellt werden. Seine rechtzeitige Erkennung ist für die Prognose von aller-

größter Wichtigkeit. Schwindet der Katarrh in kurzer Zeit bei innerer Behandlung nicht, so ist eine Probelaparotomie angezeigt, zur Entfernung der Ursache, mag diese in Gallensteinen oder sonstigen mechanischen Behinderungen liegen (Cholecystotomie, Cholecystenterostomie). Eitriger Katarrh führt fast stets zum Tode; vier eigene operierte Fälle sind ausführlich mitgeteilt. — Gallensteinleiden sind auch die häufigste Ursache der chronischen Pankreatitis. Sie ist zu erkennen und vom Krebs zu unterscheiden mit Hilfe der Auflösung von jodoformgefüllten Glutolinkapseln im Darme durch den Pankreassaft und Nachweis des Jods im Urin. Die Operation — Drainage der Gallenwege auch da, wo keine Verstopfung durch Gallen- oder Pankreassteine gefunden wird — bringt Heilung oder, wenn bereits interstitielle Erkrankung vorliegt, doch Stillstand. 10 operierte Fälle werden geschildert. Bei einer Nachfrage ergab sich auf 51 Fälle eine Sterblichkeit von 3,9%. Von den übrigen in der Literatur niedergelegten 62 Operationen wegen chronischer Pankreatitis führten 8 (= 12,9%) zum Tode.

G. Schmidt (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

17) **L. Kurzwelly.** Die Medullaranästhesie mittels Kokain-Suprarenin.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 142.)

K. berichtet über die Resultate, die Braun in der ihm unterstehenden chirurgischen Abteilung des Diakonissenhauses in Leipzig-Lindenau mit der spinalen Injektion von Kokain und Suprarenin nach Bier in 53 Operationsfällen hatte. Das wesentlichste Material dieser Anästhesierungsmethode ist, daß in der Tat, wie das Bier angegeben hat, die Gefahren bzw. unangenehmen Begleit- und Folgeerscheinungen, welche die Medullaranästhesierung mit reinem Kokain besitzt, bei der Anwendung von Kokain und Adrenalin fehlen. Da diese unerwünschten Komplikationen dem Einwirken des Kokains auf die höheren Partien des Markes bzw. auf das verlängerte Mark zugeschrieben werden müssen, muß man sich vorstellen, daß das Adrenalin das Aufsteigen des Kokains zu diesen Markteilen hindert, und zwar — meint Braun — dadurch, daß das Adrenalin stark verengend auf alle Gefäße, namentlich die voluminösen Venengeflechte im Wirbelkanal einwirkt. Das Einschrumpfen dieser Gebilde habe dann einen stärkeren absteigenden Strom der Zerebrospinalflüssigkeit (beckenwärts) zur Folge, der seinerseits dem Aufwärtsfließen des injizierten Kokains (kopfwärts) entgegenwirke. Mit diesem Raisonnement stimmt, daß die Kokain-Suprarenin-Medullaranästhesie in der Regel nur bis zum Ligamentum Pouparti heraufreicht.

Braun hat das Verfahren mit folgenden, wie dem Ref. scheint, für die Praxis sehr schätzbaren Modifikationen zur Anwendung gebracht. Da die käuflichen Suprareninlösungen salzsäurehaltig sind, werden die nach Braun's Angaben hergestellten Kokain-Suprarenintabletten (à 0,01 Kokain und 0,0001 Suprarenin) gebraucht, welche sich durch je 1stündiges Erhitzen auf 70° an drei aufeinander folgenden Tagen sterilisieren lassen. Zur Lösung der Tabletten wird abfließender Liquor cerebrospinalis benutzt, und zwar in einer eigens dazu zweckmäßig konstruierten Spritze, die dann auch zur Injektion dient, und deren Beschreibung nebst Abbildung im Original einzusehen ist. Gebraucht wurden 1—2 Tabletten gelöst in 2½ bis 5 ccm Liquor. Die Punktionsstelle, gewöhnlich zwischen 3. und 4. Lendelwirbeldorn, wird durch eine endermatische Quaddel mittels Eukainlösung markiert und hierdurch der Nadelstich gleichzeitig schmerzlos gemacht. Die Lumbalpunktion erfolgt in Seitenlage.

Über die Resultate ist folgendes zu sagen: Das Alter der mit dem Verfahren behandelten Personen schwankte von 16 bis 82 Jahren. Die Anästhesie hält mindestens eine Stunde, oft auch viel länger an. Den ersten Wundschmerz empfanden viele Kranke erst 4—5 Stunden nach der Injektion. In der Regel wird zuerst das Bein derjenigen Seite anästhetisch, auf welcher der Kranke liegt, was man bei Lagerung des Pat. berücksichtigen wird. Auffällig war die geringe Blutung im Operationsgebiete, was vielleicht auf eine Erregung vasomotorischer Nerven in der Cauda equina durch Kokain bezogen werden kann. Gefährliche Folgezustände nach dem Verfahren wurden nie und abnorme Neben- und Nachwirkungen so selten und milde beobachtet, daß sie kaum noch zugunsten der Narkose ins Feld geführt werden können. »Nebenerscheinungen« traten in 13 Fällen auf und bestanden in Schweißausbruch, Übelkeit, Brechreiz, einigemal bis zum Erbrechen steigernd. Meist sind es jugendliche Personen, welche hieran zu leiden haben; alte Leute vertragen die Medullaranästhesie gut. Bei ihnen scheint also das Aufsteigen der Kokainlösung auf natürliche Weise erschwert. »Nachwirkungen« wurden nur 5mal beobachtet und bestanden meist in Kopfweh, auch in Ohrensausen, leichter Nackensteifigkeit, 1mal auch in Kreuzschmerzen an der Injektionsstelle. Da solche Erscheinungen auch bei erfolglosen einfachen Lumbalpunktionsversuchen vorkommen können, ist es möglich, daß sie nur durch die mechanische Reizung der Meningen durch die Nadel bewirkt werden. Übrigens scheinen diese Folgezustände von Bier und Dönitz relativ häufiger beobachtet zu sein, was zugunsten der Braun'schen Methode (Lösung der Medikamente in der Zerebrospinalflüssigkeit) sprechen würde. Gänzlich erfolglos hinsichtlich Erzielung von Anästhesie blieb die Injektion 5mal, mithin in ca. 9% der Fälle, was mit den Erfahrungen von Bier und Dönitz zusammenstimmt. Anatomische Verhältnisse in dem kompliziert gebauten Subarachnoidealraum (Verwachsungen usw.) mögen zur Erklärung dieses jeweiligen Versagens der Methode herangezogen werden.

Zum Schluß der Abhandlung stehen die Versuchsprotokolle und ein 35 Nummern zählendes Literaturverzeichnis. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

18) **Bowen.** Traumatic subdural haemorrhage. An attempt at a systematic study based on the examination of seventy two collected cases.

(Guy's hospital reports Vol. LIX. 1905.)

Die Arbeit gründet sich auf das Studium von 72 Fällen, deren Krankengeschichten teils englischen und amerikanischen Zeitschriften, teils den Krankenjournalen mehrerer größerer Hospitäler entnommen sind.

Die einzelnen Fälle werden in ausführlicher Weise im Hinblick auf die verschiedenen in Betracht kommenden Gesichtspunkte durchgenommen und besprochen.

Die Arbeit ist zu kurzem Referat nicht geeignet.

Engelmann (Dortmund).

19) **Seifert.** Sur les abcès du lobe frontal d'origine nasal.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 24.)

Endokranielle Komplikationen nach Empyem des Sinus frontalis waren bis zum Jahre 1900 publiziert 21 Fälle, davon neun Fälle von Hirnabszeß. Die Infektion des Hirns war erfolgt vermittels Perforation der hinteren Wand 5mal, durch diploëtische Kanäle 2mal, sekundär von den Siebbeinzellen durch die Lamina cribrosa 1mal; nicht nachweisbar war der Verbreitungsweg 1mal. Denker's Fall ist der einzige, der geheilt ist. Verf. fand außerdem nach 1900 noch drei geheilte Fälle in der Literatur (Müller, Rafin, Herzfeld). Mit den nicht geheilten konnte er im ganzen 21 Fälle von Hirnabszeß ausfindig machen. Dem fügt er eine eigene neue Beobachtung hinzu. Bei einem Stirnhöhlenempyem entfernte er einen Polypen. 5 Tage später starb Pat. an Meningitis. Bei der Autopsie fand sich ein Hirnabszeß, der keine prägnanten Symptome gemacht hatte; auf dem Lymph- oder Blutwege, ohne Perforation der hinteren Wand, schien derselbe entstanden zu sein.

Die Besserung im Befinden des Pat. nach Entfernung der Polypen gab dem Verf. ein Recht dazu, abzuwarten bei Fehlen jeglicher Symptome einer endokraniellen Komplikation. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

20) **R. Caminiti.** Beitrag zur pathologischen Histologie des Gasserschen Ganglions.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 4.)

C. fand bei der histologischen Untersuchung des Ganglion Gasseri eine Verschiedenheit der Zellen in bezug auf Größe und Form, wesentliche Verschiedenheiten in der Intensität der Färbung, teilweise Ausstrahlungen des Zellkörpers, der chromatischen Substanz, d. h. Anordnung derselben bei einigen Zellen in feinen, bei anderen in gröberen Körnchen, leichte Verdichtung der chromatischen Substanz um den Kern oder an der Zellperipherie. In den meisten Zellen fand sich stets gelbes Pigment in verschiedenem Maße und in verschiedener Anordnung. Außerdem konstatierte Verf. Zellen mit spärlichen Überresten von Protoplasma ohne Kern und Kapseln ohne Protoplasma, oder mit Anhäufung von Kernen an Stelle des Protoplasmas. Diese Beobachtungen des Verf.s stimmen nun häufig vollkommen mit allem überein, was von anderen Autoren als pathologisch im Ganglion beschrieben wurde. C. hält sie dagegen, wie er des Eingehenden erörtert, nicht für krankhaft, bzw. für charakteristisch für die Trigeminusneuralgie. Viele der betreffenden Erscheinungen gelten ihm als normale Begleitsymptome des Greisenalters, viele andere wurden bei direkten Erkrankungen des Nervensystems, wie Delirium tremens, Apoplexie, Nervenverletzungen usw., und bei indirekten Erkrankungen desselben z. B. durch Infektionskrankheiten beobachtet. Nur diejenigen Fälle, welche eine Rückbildung und Sklerose aufweisen, sind für die Ansicht zu verwerten, daß bei ihnen die Neuralgie ihren Sitz im Ganglion Gasseri selbst gehabt habe. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

21) **Brindel.** Des complications auriculaires consécutives aux occlusions de conduit auditif externe.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 27.)

Verf. beschreibt drei Fälle erworbener Atresie. Im ersten Falle fand sich eine Eiterung bei einem Pat. mit einer Ekchondrose, Exostose und dahinter noch mit einer knöchernen Scheibe. Trotz ausgedehnter Radikaloperation und der energischsten Bemühungen kam es zu einer beträchtlichen Verengerung, die immerhin jegliche Reinigung gestattete. Beim zweiten Pat. handelte es sich um ein 4jähriges Zangenkind, welches eine Ablösung der Ohrmuschel, einen Bruch des Os temporale und eine Facialislähmung erlitten hatte. Mehrfache Phlegmonen in der Umgebung des Ohres mit folgender Mittelohreiterung und Stenose des Gehörkanales führten zu Retentionserscheinungen (Kopfweh, Erbrechen usw.). Nach typischer Radikaloperation mit Bildung eines Koerner'schen Lappens glatte Heilung. Im 3. Falle war es bei einem kongenital Taubstummen von 13 Jahren nach einer Eiterung zu einer Schwellung und folgenden Fistelbildung in der Regio zygomatico-temporalis gekommen, der Gehörgang war undurchgängig. Bei der Radikaloperation wurde der Schnitt von der Fistel ausgeführt; in der Tiefe des Antrum lag ein Sequester, der Tabula interna angehörig, so daß der Sinus 2 : 1 cm freilag; T-förmiger Lappen, vollkommene Heilung. Hier hatte also die Eiterung zwei Auswege gesucht, einmal die Tabula externa in der Fossa temporalis, sodann die Tabula interna im Sinuskanale. Bei undurchgängigem Gehörkanale kann sich nach Ansicht des Verf.s das Sekret durch die Tube entleeren, am ehesten noch bei einfacher chronischer Otorrhöe, weniger bei Cholesteatom oder bei akuter Eiterung, wenn die Tube durch Schwellung verschlossen ist. Zu einem guten Operationsresultate sei erforderlich: 1) eine breite Ausräumung des Os mastoideum, um eine 2—3mal so große Höhle als sonst notwendig zu erhalten; 2) eine ausgedehnte Lappenbildung mit Resektion der Ränder, um Wiederverwachsungen zu verhüten; endlich empfehle sich eine Fixierung des Lappens. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

22) **E. J. Moure.** Contribution à l'étude de la chirurgie du labyrinthe.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 16.)

Drei geheilte Fälle von Labyrinthverletzungen bzw. -eiterungen liegen der vorliegenden Arbeit zugrunde. 1) Schußverletzung mit konsekutiver Ohreiterung und Taubheit. Geschoß aus dem Labyrinth entfernt. 3 Monate später Kopfweh, Erbrechen, »Nackenweh«, Kernig positiv. Romberg +, schwankender Gang, schließlich Nackensteifigkeit, Fieber, Erbrechen, Hyperämie der Papille. Lumbalpunktion ergibt viel Lymphocyten, vermehrte polynukleäre Leukocyten. Nach einigen Tagen geringer Besserung Entfernung der Schnecke mit rasch folgender Heilung. 2) Schußverletzung, Otorrhöe, Schwindel, Erbrechen, Fallen nach vorn und der kranken Seite. Entfernung des zwischen Canalis caroticus und facialis gelegenen Geschosses. 3) zweimal erfolglos operierte Mittelohreiterung mit Schwindel. Entfernung eines großen, das ganze Labyrinth darstellenden Sequesters führt zur Heilung; später noch ein Schneckensequester entfernt. Facialislähmung blieb bestehen. Im Anschluß hieran betont M., wie oft schon die ausgiebige Behandlung bzw. Operation des Mittelohres zur Beseitigung der Labyrinthsymptome genüge; um so mehr sei man berechtigt, den Erfolg der Mittelohroperation abzuwarten, als die Diagnose der Labyrintheiterungen bekanntermaßen noch viel zu wünschen übrig lasse; oft genüge eine Beseitigung des kranken Herdes am horizontalen Bogengange; finde sich jedoch Nekrose an der Schnecke, so müsse man weitergehen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

23) **G. Laurens.** Trépanation de la mastoïde chez un nouveau-né.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 19.)

Die Operation wurde an einem 3 Wochen alten Kinde notwendig, das einen Schnupfen gehabt hatte. Verf. erwähnt den Fall wegen seiner Rarität. Der Verlauf bot nichts Bemerkenswertes. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

24) **E. J. Moure** et **Brindel.** Cinqcents cas d'interventions sur l'apophyse mastoïde.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 3.)

Verff. geben einen eingehenden Bericht über die Erfolge ihrer Mastoidoperationen bei akuten und chronischen Eiterungen. Wegen letzterer wurden 269 Operationen ausgeführt mit 18 Todesfällen. Kein Todesfall kommt auf Eiterungen im sogenannten kalten Stadium; es starben an Hirnabszeß 4, allgemeiner Meningitis 3, Sinusphlebitis 2, Pyämie 2, Labyrintheiterung 2, an nicht otogenen Affektionen 5 Pat. Unter 231 Mastoiditiden verliefen 14 tödlich; sieht man von 9 mit endokraniellen Komplikationen kombinierten Fällen ab, so bleiben noch 5; bei diesen war einmal Urämie die Todesursache, einmal eine sogenannte aberrierte, in die Schädelhöhle durchgebrochene vereiterte Zelle. Folglich bleiben nur 3 Fälle, d. h. eine Mortalität von 1,3%; und diese gingen zugrunde: 1) infolge Erysipel, 2) alkoholischer Diathese und Icterus gravis und 3) an einem Operationsfehler.

Das Resultat der chronischen Fälle beweist aufs klarste den Wert einer rechtzeitig ausgeführten Radikaloperation. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

25) **J. Joseph** (Berlin). Weiteres über Nasenverkleinerung.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 31.)

J. berichtet über weitere Fälle von Nasenverkleinerung, in denen er wegen zu langer Nase oder erheblicher Höckerbildung intranasal vorgegangen ist, also vermieden hat, äußere Narben zu hinterlassen. Die Operationen — Resektion der medialen Schenkel der Cartilagines alares bei zu langer Nase — wurden von J. in letzter Zeit ohne Narkose unter Lokalanästhesie ausgeführt. Einige Abbildungen extra- oder intranasal Operierter sind dem Berichte beigegeben.

Kramer (Glogau).

26) **J. O. Roe.** The correction of nasal deformities by subcutaneous operations. A further contribution.

(New York med. record 1905. July 1.)

Die mit zahlreichen Illustrationen versehene Abhandlung läßt die vorzüglichen Resultate erkennen, welche R. bei der Behandlung verschiedenartigster Nasendeformitäten erzielen konnte.

Besonders auffallend ist der Erfolg bei einer sehr schweren traumatischen Verunstaltung. Die auch sonst vom Verf. oft geübte Methode bestand hier in der Lösung der Haut von den deformierten Knochen durch einen Schnitt von der Innenseite der Nase, um dann von hier aus die nötigen Knochenkorrekturen vorzunehmen, ohne die äußere Haut zu verletzen.

Im übrigen muß die Kasuistik im Originale nachgesehen werden.

Loewenhardt (Breslau).

27) **J. Broeckaert.** Endothéliome ethmoïdal. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs malignes du nez et de ses adnexes.

Brüssel 1905.

Im Anschluß an einen beobachteten Fall gibt B. einen kritischen Überblick über die verschiedenen Behandlungs- bzw. Operationsmethoden. Nach Aufführung der bereits von Röpke zitierten acht Fälle folgt die genaue Krankengeschichte und histologische Beschreibung, bei welcher besonders eine Unterscheidung von sogenannten alveolären Karzinomen betont wird. Von den Behandlungsmethoden komme die endonasale wegen ihrer Unvollständigkeit nicht in Betracht. Der orbitale Weg sei vielfach beschritten worden, von den zahlreichen Modifikationen zieht B. die von Guisez vor, mit Resektion der Lamina papyracea und des Tränenbeines usw. Zur Aufdeckung des ganzen Siebbeinlabyrinths genüge aber auch sie nicht. Am übersichtlichsten erscheine ihm der »naso-jugale« Weg Moure's, der sich von der Nasenwurzel mit schneidender Zange seinen Weg bahnt und parallel und unterhalb der Lamina cribrosa bis zum Keilbeine vordringt; so könne man am sichersten das ganze Siebbeinlabyrinth beherrschen. Endlich habe man auch den maxillaren Weg mit definitiver oder temporärer Resektion des Oberkiefers beschritten, die definitive nur bei bösartigen Geschwülsten mit ausgedehnter Verbreitung im Oberkiefer, die temporäre für Schädelbasis-, Retromaxillargeschwülste; auch Kocher's osteoplastische Resektion komme in Betracht. Ihm scheine der naso-orbitale Weg als der idealste; bei der Operation des oben erwähnten Tumors mußte der Schnitt nach dem Os maxillare verlängert werden; trotzdem Heilung ohne Entstellung. Dagegen blieb eine Protrusio bulbi, die Cornea abszedierte.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

28) **L. Neufeld.** Tuberkulose, Syphilis und Kieferhöhleneiterung.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Verf. beschreibt einen Fall von Tuberkulose und einen von Lues der Kieferhöhle; beide Male bestanden Fisteln nach der Mundhöhle, Sequester usw.; beide heilten unter entsprechender Behandlung rasch aus. Bei der tuberkulösen Pat. (54 Jahre alt) nimmt Verf. eine Läsion der zahnlosen Gingiva mit folgender Infektion von seiten des Speichels an; von hier habe sich der Prozeß auf die Alveolarplatte verbreitet und sekundär zum Empyem geführt. Im zweiten Falle bestand eine gummöse Erkrankung der facialen Knochenwand und ein Gumma des harten Gaumens. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

29) **K. Meixner.** Zwei Fälle von Struma baseos linguae.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 1.)

Von den beiden von M. veröffentlichten Fällen wurde der erste in der Wiener Klinik von Hochenegg operiert. Er betrifft ein 20jähriges Mädchen, das seit

4 Monaten über Druck im Rachen geklagt hatte. Die kastaniengroße, genau median gelegene Geschwulst des Zungengrundes wurde vom Munde her nach Spaltung des Arcus glossopalatini bei mit Zangen vorgezogener Zunge nicht eben schwer exzidiert. Ca. 4 Monate später klagte Pat. über Ohrensausen, schlechten Schlaf, Rückenschmerzen, Schwäche der Hände, Schwellung unter den Augen, Amenorrhöe, also möglicherweise Ausfallserscheinungen (?).

Fall II, einer gerichtlichen Sektion entnommen, betrifft die Leiche eines neugeborenen Mädchens, welches, lebend zur Welt gekommen, kurze Zeit nach der Geburt im Spülwasser ertrunken war. Man fand auf dem Zungengrund eine haselnußgroße Zungenschilddrüse, welche den Kehldeckel so stark über den Aditus laryngis drückte, daß eine weitere Lebensfähigkeit des Kindes ausgeschlossen schien. An der normalen Stelle findet sich an der Luftröhre eine Schilddrüse nicht.

Die mikroskopische Untersuchung ergab in beiden Fällen zweifellos Schilddrüsengewebe. In inniger Nachbarschaft mit diesem aber auch viel Schleimdrüsengewebe. Ferner in beiden Fällen zahlreiche, vielgestaltige Reste des Ductus thyreoglossus. Die einschlägigen Befunde sind mit großer Genauigkeit beschrieben und in zahlreichen mikroskopischen Abbildungen wiedergegeben, in bezug worauf auf das Original zu verweisen ist. In der epikritischen Besprechung wird in erster Linie die die pathologische Seite der Erkrankung behandelnde Literatur angezogen, insbesondere einige Fälle von Erdheim, die den M.'schen sehr analog sind. Zum Schluß folgt auch kurze Besprechung über operative Behandlung des Leidens und ein Literaturverzeichnis von 14 Nummern. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

30) J. Garel. Trois cas de tumeurs télangiectasiques de la gorge.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 26.)

Nach einigen Erörterungen über Gefäßgeschwülste im allgemeinen und solche des Pharynx und Rhinopharynx im besonderen, welche recht selten seien, beschreibt Verf. drei Fälle: 1) 42jähriger Bauer mit einer Gefäßgeschwulst an der linken Mandel und der linken Gaumenhälfte, die eine Lähmung derselben und ein Herabsinken des Gaumensegels infolge Volumenvermehrung zur Folge hatte; auch an der äußeren Haut waren mehrfach Varicen und Teleangiektasien. Wenn auch nach Angabe des Pat. nach mehrfachen Anginen die geschilderten Erscheinungen schubweise aufgetreten sein sollen, so kann man doch eine sekundäre Abhängigkeit von den Hautangiomen, besonders am Nacken, nicht von der Hand weisen, wie bei den von Volkmann usw. publizierten Fällen. 2) 35jähriger Mann mit kleinem Angiom des hinteren Gaumenbogens, angeblich nach Hustenanstrengung entstanden. 3) Geschwulst der linken Gaumenmandel nach Tonsillotomie; sie machte keine Beschwerden und wurde zufällig entdeckt. Therapeutisch rät Verf., nur bei gestielten Geschwülsten vorzugehen, sonst nichts vorzunehmen. Einmal sah er durch Ergotin-Jodgurgelungen eine Verkleinerung eintreten.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

31) F. Thellung. Ein kongenitaler behaarter Rachenpolyp.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 231.)

Das Kind, ein Bruder von drei älteren, normalen Geschwistern, mußte bei der Geburt mühsam in Stirnlage mit der Zange extrahiert werden. Die apfelgroße, kugelige Geschwulst, die an einem Stiel aus dem Munde hing, hatte das Geburtshindernis bewirkt (Photogramm). Diese Geschwulst, gleichmäßig weich, nicht fluktuierend, hat eine der äußeren Haut gleichende Außendecke, an der Poren und Furchen sowie eine Anzahl Lanugohärchen bemerkbar sind. Sie hängt an einem Stiele, der mit Schleimhaut überzogen, übrigens knochenhart ist und die Mundspalte passiert. Einkerbung der Oberlippe und des Unterkiefers entsprechend dem Stielverlauf, ebenso völlige mediane Spalte des Gaumens. Der Stiel verliert sich, hier harte Konsistenz zeigend, an der Schädelbasis bzw. hinteren Rachenwand und Vomer. Bei freier Respiration kann das Kind zwar saugen, aber nicht schlucken, da ihm die Milch zum Munde herausfließt, außerdem stellt sich Stomatitis ein, weshalb am 3. Lebenstage die Operation vorgenommen wird. In Kopf-

hängelage ohne Narkose wird der Stiel, wo er gegen den hinteren Geschwulstteil beweglich ist, mit Scherenschlag abgeschnitten. Starke Blutung, die durch Andrückung von in Gelatinelösung getauchten Tupfern beherrschbar ist. In der Rekonvaleszenz Stomatitis und Enteritis, dann gutes Gedeihen. Nach 7 Monaten zeigt das kräftig entwickelte Kind gutes Wachstum der gesunden Mundteile, während der restierende Stielstumpf weniger gewachsen ist, nicht mehr ganz in die Höhe des harten Gaumens reicht. Histologie: Geschwulstdecke ist Cutis mit Haaren und Drüsen, der Kern hauptsächlich Bindegewebe; der Stiel enthält Knochen- und Knorpelgewebe und besitzt Plattenepithelbezug. Es handelt sich also nicht um einen einfachen Polypen bzw. eine Geschwulstbildung, sondern um eine Mißbildung. »Ektodermale Keime müssen abnormerweise an die Ursprungsstelle des Tumors gelangt sein und die Fähigkeit behalten haben, Epidermis zu bilden.« Die verschiedenen Theorien zur Erklärung solcher Bildungen werden besprochen: Annahme rudimentärer Zwillingsmißbildungen (Ahlfeld), Transplantation ektodermalen Gewebes in den Rachen (Arnold), Ausschaltung oder Verirrung von embryonalen Furchungskugeln bzw. Blastomeren (Marchand-Bonnet). Für den von T. beschriebenen Fall scheint die Arnold'sche Hypothese passend.

Zum Schluß stellt T. aus der Literatur noch 25 Fälle ähnlicher Art zusammen, die ebenfalls zu operativer Behandlung kamen. Literaturverzeichnis von 27 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) **E. Henking.** Über Ursache und Behandlung bedrohlicher Blutungen nach Abtragung der Gaumenmandeln.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XVII. Hft. 1.)

Sechs Fälle schwerer Blutung nach Tonsillotomie veranlaßten Verf. zu dieser Veröffentlichung, da ihnen sämtlich eine Ursache der Blutung zugrunde lag, die bisher keine eingehende Berücksichtigung gefunden habe. Während meist angeschuldigt werden: Hämophilie, Verletzung arterieller Gefäßstämme oder Gefäßanomalien, biete die Literatur hierfür tatsächlich sehr wenig Belege; von anderer Seite sei dies in einer kritischen Arbeit (Damianos und Herman, Wiener klin. Wochenschrift 1902 Nr. 9) hervorgehoben worden. In den erwähnten sechs Fällen handelte es sich stets um Mandeln, die mit breiter Basis dem Boden der Mandelnische aufsitzen, mit ihrem unteren Ende tief unter das Niveau der Zungenwurzel reichen und den Gaumenbögen fest anliegen; hier war stets eine Verletzung des hinteren Gaumenbogens, und zwar oben, die Quelle der Blutung. Durch Würgbewegungen (M. palato-pharyngeus) werden die hinteren Bogen in das Instrument quasi hineingedrückt, während die vorderen erschlaffen; die obere Partie werde hauptsächlich deshalb betroffen, weil der untere Pol überhaupt bei derartig »schlecht« sitzenden Mandeln kaum mitgefaßt werde.

Therapeutisch verwirft K. alle lokalen Styptika und empfiehlt einzig und allein die Digitalkompression, die er einmal 1¼ Stunde ausüben mußte. Damit kam er aber stets zum Ziele. Verf. ist ein Gegner des Tonsillotoms und empfiehlt die Cooper'sche Schere, die jeden Akt der Operation unter Kontrolle des Auges auszuführen erlaube. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

33) **P. Tichow** (Tomsk). Über Halsrippen.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Eine klinische und eine anatomische Beobachtung:

1) Die 19jährige Pat. klagte über neuralgische Schmerzen mäßigen Grades im rechten Arme, die seit 1—2 Jahren bestehen sollten. An der rechten Seite des Halses war sehr deutlich ein flaches, knöchernes, fast unbewegliches Gebilde zu tasten, das gegen die Mitte des Schlüsselbeines gerichtet war, hinter dem es verschwand. Die Art. subclavia lag vor dem Gebilde, der Radialpuls war auf beiden Seiten gleich. Im Röntgenbilde war die Halsrippe sehr deutlich zu erkennen. Auch zeigte die Photographie, daß sie kurz vor ihrer Verbindung mit der ersten Brustrippe einen Knick hatte, an dem die Kontinuität offenbar durch Einlagerung von Knorpel unterbrochen war.

Es gelang ohne Mühe (auf subperiostalem Wege), die Rippe zu entfernen, worauf die Pat. von ihren Beschwerden befreit blieb.

2) Bei Umgrabung eines alten Friedhofes fand sich ein Skelett mit einer rechtsseitigen Halsrippe. Die entsprechende oberste Brustrippe war auffallend breit und massiv gegen die der anderen Seite. Das Tuberculum Lisfranci war sehr stark entwickelt und stand mit dem verbreiterten unteren Ende der Halsrippe in Verbindung, an deren vorderer Fläche die Gefäßfurche sichtbar war.

T. stellt 55 Fälle aus der internationalen Literatur zusammen.

V. E. Mertens (Breslau).

34) **J. Hahn** (Mainz). Der Extensionskopfträger.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

Der Träger besteht aus einem dem Kopfe nach Gipsmodell gut angepaßten, gepolsterten Halsring, einer starken Stahlrückenstange, die an jenem mit Hilfe einer Gabel befestigt ist, und aus einer im Lendenteile des Korsetts angebrachten Spiralfeder, auf die sich die Rückenstange stützt, so daß eine extendierende Hebekraft auf die Rückenstange und den Kopfteil (Halsring) ausgeübt wird. Eine Verbindung dieser letzteren Teile in der Halsgegend gestattet ein Drehen des Kopfes in der Horizontalebene, wo solche wünschenswert ist.

Der Apparat genügt demnach folgenden Indikationen: 1) er trägt das Gewicht des Kopfes und verhindert die Belastung der Wirbelsäule durch dasselbe; 2) er bewirkt eine derartige weitergehende Erhebung des Kopfes von unten her, daß er eine gewisse Streckung der Wirbelsäule herbeiführt; 3) er hilft zusammen mit dem Korsett (Hessing'sches oder Leder-, Zelluloidkorsett) den Rücken bzw. die Wirbelsäule fixieren; 4) er ist bequem zu handhaben und wenig auffällig. Der Extensionskopfträger hat sich H. bei schwereren Skoliosen nach möglichst ausgiebiger Redression und bei spondylitischen Kyphosen sehr bewährt. **Kramer** (Glogau).

35) **C. Sultan.** Über Laminektomie bei spondylitischen Lähmungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 21.)

Die Arbeit berichtet über die Erfahrungen, die betreffs der Erfolge mit Laminektomie bei spondylitischen Lähmungen in der Leipziger Klinik von Trendelenburg gesammelt sind. Zunächst wird über den Weiterverlauf der von Trendelenburg auf dem Chirurgenkongreß von 1899 publizierten acht operierten Fälle Mitteilung gemacht (vgl. d. Bl., Kongreßbericht von 1899 p. 62). Von denselben sind noch sechs am Leben, darunter fünf »dauernd«, d. h. $4^1/_2$—$7^1/_2$ Jahre geheilt. Ein Pat. davon interessiert besonders, bei dem nach anfänglicher Besserung nach der Operation wegen rezidivierter Markkompressionserscheinungen zirka $1^1/_4$ Jahr nach der ersten Laminektomie eine zweite vorgenommen wurde, wobei sich zeigte, daß sich an Stelle der resezierten Wirbelbögen ausgiebig neue Knochensubstanz gebildet hatte. Nach Entfernung letzterer promptes Schwinden der Kompressionserscheinungen.

Nach 1899 sind noch sechs weitere Laminektomien gemacht, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden. Drei Kranke sind $^1/_2$—$^3/_4$ Jahr nach der Operation gestorben, welche in einem Falle hinsichtlich der medullären Symptome eine entschiedene Besserung herbeigeführt hatte, die anderen Male resultatlos war. Von den länger Überlebenden war bei einem schon wenige Tage nach der Laminektomie Besserung eingetreten, die stetige Fortschritte machte, so daß $^1/_2$ Jahr später Gehfähigkeit ohne Stock und gute Funktion von Mastdarm und Blase vorhanden war — doch ist die Gesamtbeobachtungszeit des Falles noch eine zu kurze. Ein zweiter Pat. blieb ungebessert, ein dritter zweifelhaft.

Eine Gesamtübersicht über das Material ergibt bei den 4 über 30 Jahre alten Pat. viel schlechtere Resultate (nur einer noch am Leben, aber ganz erheblich gebessert) als bei den 10 unter 30 Jahre alten, von denen nur 2 gestorben, 2 ungebessert, 6 aber entschieden gebessert sind. Der Operationsbefund bestand 7mal in einer Verengerung des knöchernen Wirbelkanales, 2mal wurden epidurale Abszesse gefunden, 4mal epidurales Granulationsgewebe, 1mal Peripachymeningitis

Speziell in den geheilten bzw. gebesserten 8 Fällen fand sich 4mal Wirbelkanalverengerung, 1mal ein epiduraler Abszeß, 3mal epidurales Granulationsgewebe. Betreffs des Erkrankungssitzes fand die Wirbelresektion 8mal in der unteren Hälfte der Brustwirbelsäule statt, wobei 5 Kranke gebessert wurden. 1mal wurde in der Mitte der Brustwirbelsäule operiert mit Erzielung von Besserung. Von 5 in der oberen Hälfte der Brustwirbelsäule Operierten wurde nur 1 dauernd gebessert. Die Zahl der resezierten Wirbelbögen schwankt zwischen 2—4. Dem klinischen Berichte folgt Beschreibung, zum Teil auch Abbildung einiger lehrreicher Museumspräparate spondylitischer Wirbelbögen mit Knickung bzw. Kompression des Rückenmarkes, die die Anatomie der Krankheit und deren operative Zugänglichkeit gut veranschaulichen.

Nach den Erfahrungen der Leipziger Klinik wird die Möglichkeit spontaner Heilung spondylitischer Lähmungen nicht geleugnet, aber die Nützlichkeit der Operation auch nicht zu bestreiten sein, da häufig genug derselben eine unmittelbare Besserung folgt. Die Aussichten hierfür sind besser, wenn der Pat. das 20. Lebensjahr noch nicht erheblich überschritten hat, sowie wenn eine isolierte Bogenkaries vorliegt. Die Operation soll nur die Kompression des Markes beheben und ist hierzu auch imstande, sowohl bei einfachen Knickungen, als auch bei Vorliegen hervorstehender Sequester, desgleichen beim Vorhandensein epiduraler tuberkulöser Granulationen. Hoher Sitz der Markkompression verschlechtert die Prognose und läßt ein zu langes Abwarten nicht zweckmäßig erscheinen. Auch Vorhandensein von Blasen- und Mastdarmlähmungen machen die Operation ratsam, beim Fehlen derselben ist lieber zu zögern. — Was die Technik des Eingriffes betrifft, so wird in Leipzig auf die Erhaltung des Wirbelbogenperiosts gar kein Wert gelegt. Da es, wie beobachtet, unerwünscht starke Knochenneubildung bewirken kann, ist seine Konservierung auch gar nicht für zweckmäßig zu halten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

36) **Risa.** Durch Stichverletzung erzeugtes Aneurysma arterio-venosum zwischen der Vena anonyma und der Art. subclavia sin. mit Vagusverletzung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 291.)

Beobachtung aus dem Krankenhause Gülhane in Konstantinopel, welche zeigt, daß auch sehr schwere Gefäßverletzungen nicht tödlich zu sein brauchen. Ein Polizist erhielt mit einem langen, dolchartigen, spitzen Messer in der Richtung schräg von oben außen nach unten medianwärts eine Wunde 4 cm nach außen vom medialen Ende des linken Schlüsselbeines. Unter fester, lange liegen gelassener Wundtamponade kam nicht nur die sehr schwere Blutung zum Stehen, sondern trat auch Wundheilung ein, jedoch mit folgenden dauernden Krankheitserscheinungen: Schwellung oberhalb des Schlüsselbeines, in deren Bereich palpatorisch wie auskultatorisch starkes Schwirren wahrnehmbar ist — mit dem Arterienpulse synchrone Pulsation in der Vena jugularis externa —, Stimmbandlähmung links, heisere Stimme, leicht eintretendes Verschlucken — starkes Ohrensausen, leicht auftretende Atemnot. Die aus diesen Symptomen sich selbstverständlich ergebende Kommunikation zwischen arteriellem und venösem Kreislaufe sitzt wahrscheinlich zwischen Vena anonyma und Art. subclavia sin., und zwar wird die Vene gerade an der Teilung in Jugularis int. und Subclavia schräg von dem schmalen Messer durchstochen sein. Dann wurde zwischen Vene und Arterie der Vagus erfaßt und schließlich noch die Arterie angestochen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

37) **D. B. Delavan.** Primary epithelioma of the epiglottis.

(New York med. record 1905. May 6.)

Ein 62jähriger Pat. mit einem Karzinom der Epiglottis, das erfolgreich (da es sehr günstig am Rande saß) unter Kokainanästhesie herausbefördert wurde.

Der Fall bietet ein gewisses Interesse wegen der frühzeitigen Beobachtung und Begrenzung der Geschwulst und der bereits seit 2 Jahren bestehenden Heilung.

Verf. weist auf analoge Verhältnisse bei Larynxkarzinomen hin.

Loewenhardt (Breslau).

38) **J. Henrichsen.** Bemerkungen über penetrierende Halsschnittwunden im Anschluß an einen Fall von Stenosis tracheae post vulnus incisum (tentamen suicidii).

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XVII. Hft. 2.)

Selbstmordversuch mit Durchschneidung der Luftröhre, sofort Knorpelnaht; nach 14 Tagen Stenose, die die Tracheotomie notwendig macht. Nach 3 Monaten muß Pat. noch immer durch die Kanüle atmen, weil 3 cm unter der Glottis ein Diaphragma liegt, welches eine Öffnung von nur 3—4 mm hat. Daher Spaltung der durch narbig-fibröses Gewebe fixierten Luftröhre in der Längsrichtung, Abtragung des Diaphragma mit der Grünwald'schen Zange; unter allmählichem Fortlassen der Kanüle, verbunden mit Intubation, Herstellung einer freien Atmung innerhalb eines Monates.

Im Anschluß hieran gibt Verf. eine eingehende kritische Besprechung der über den in Rede stehenden Gegenstand vorliegenden Literatur. Das Hautemphysem werde am besten vermieden, indem man die Hautwunde nicht schließt. Wichtig sei die Epiglottis, die nicht allein nach Durchschneidung ihrer Basis auf die Glottis herabfallen könne, sondern auch durch schiefe Heilung wesentliche Schlingbeschwerden verursache. Sodann behandelt Verf. ausführlicher die Fistelbildung: die häufigeren Luft- und die selteneren Luft-Speiseröhrenfisteln; bei Verletzungen zwischen Zungenbein und Schildknorpel können Luft- und Speisewege durch eine lippenförmige Fistel mit der äußeren Luft kommunizieren, oder es sind bei tiefer gelegenen Fisteln zwei Öffnungen vorhanden (Kommunikation von Luft- und Speiseröhre oder spaltförmige Mündung der Speiseröhren- neben der Luftröhrenfistel). Die meist horizontale Schnittführung führe zu diaphragmaartigen Narbenbildungen, Verschiebung der Fragmente kompliziere die Heilung wesentlich. Wenn die Glottis getroffen oder eine genaue Überwachung des Verletzten erschwert ist, so empfiehlt Verf. die primäre prophylaktische Tracheotomie. Der Fall, den Verf. geschildert, beweise, daß trotz primärer Naht eine genaue Überwachung des Pat. notwendig sei, um einer Stenose vorzubeugen und so die Tracheotomie überflüssig zu machen. Zur Beseitigung der Stenose kämen in Betracht: I. die Dilatation ohne oder mit Spaltung der verengerten Stelle; II. operative Methoden: a. Laryngo- und Tracheofissur mit Exzision des Diaphragma; b. Resektion, besonders bei dickerem Diaphragma. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

39) **R. Göbell.** Ein Beitrag zur Behandlung der narbigen Larynx- und Trachealstenose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 578.)

Für gewöhnlich ist zur Beseitigung narbiger Kehlkopf- und Luftröhrenverengerungen nach eventueller Auslöffelung vorhandener Granulationen die Intubation nach O'Dwyer ausreichend. In dem von G. in der Klinik beobachteten Falle bedurfte es indes auch wiederholter mühsamer plastischer Operationen zur Heilung. Bei dem 4jährigen, wegen Diphtherie tracheotomierten Pat. stieß das Décanulement auf Schwierigkeiten. Bei Präparation des Kehlkopfes ergab sich nicht nur ein Defekt von Ringnorpel und erstem Luftröhrenring, sondern auch narbig verengernde Schleimhautschrumpfung unterhalb der Stimmbänder. Eingriffe: 1) Ersatz der Kehlkopfschleimhaut. Medianschnitt, Distraktion der Knorpelstümpfe. Beiderseits Bildung eines brückenförmigen Hautlappens, dessen Epidermisseite, an die Hautstümpfe gefügt, die neue innere Kehlkopfbekleidung hergibt. Hiernach hat man eine längliche, vollkommene Lippenfistel am gespaltenen Kehlkopf-Luftrohre. 2) Ersatz des Knorpeldefektes. In einer ersten Operation werden die Ränder des Fistelspaltes angefrischt, einwärts gekrempelt und genäht. Auf die äußere Wundfläche und zwischen die klaffenden, nun auch angefrischten Knorpelstümpfe kommt eine ausgekochte Knochenplatte, und über letzterer wird die Haut genäht — kein Erfolg, die Knochenplatte heilt nicht ein. Deshalb in einer zweiten Operation Bildung eines zungenförmigen Lappens mit der Basis in der linken Supraclaviculargrube, mit der Spitze am Manubrium sterni und hier Periost und



Knochen mitnehmend. Auflegung auf die neuerdings angefrischte Kehlkopfnarbenstelle und Einfügung in den Knorpelspalt — die Epidermis nach außen. Jetzt erfolgt Anheilung und unter Nachbehandlung mit Tubage völlige Genesung mit freier Atmung und leiser und etwas monotoner, aber gut vernehmlicher Stimme.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

40) **R. Cruchet.** Tuberculose laryngée subaiguë à forme végétante chez une fillette de trois ans et demi.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 46.)

$3^1/_2$ jähriges Mädchen, seit 18 Monaten rauhe Stimme, seit 12 Tagen Dyspnoe. Sonst keinerlei Symptome von Bedeutung. Infiltration der Regio interarytaenoidea, am rechten Stimmbande polypöse, flottierende, nicht gestielte Wucherungen, linkes Stimmband gerötet. Drüsen in der Umgebung des Kehlkopfes stark geschwollen. 6 Wochen wurde Jod ohne Erfolg gegeben. Zunehmende Cyanose erforderte die Tracheotomie; trotzdem nach 5 Tagen Tod. Bei der Autopsie fanden sich enorme Drüsenpakete seitlich des Kehlkopfes bis zum Kieferwinkel und der Parotis. Im Kehlkopf eine unförmige Masse, die die einzelnen Stimmbänder nicht mehr unterscheiden läßt. Von der Epiglottis bis zur Luftröhre eine große Ulzeration. Knorpel unversehrt. Lungen links und rechts ausgedehnt, rechts wenig tuberkulös. Linker Nervus vagus und phrenicus durch Drüsen komprimiert. Verf. erwähnt unter einer kurzen Wiedergabe der Literatur die Seltenheit der Kehlkopftuberkulose bis zum 5. Lebensjahre. Hervorzuheben ist das gute Allgemeinbefinden, das Fehlen der Dysphagie und das späte Auftreten von Husten und Dyspnoe. Im Kindesalter findet sich am meisten die miliare Form, selten die ulzeröse, in Ausnahmefällen die »Forme végétante«. Letztere noch eher an der Grenze des Jünglingsalter, die ulzeröse mehr von 8—10 Jahren. Also in jeder Hinsicht ein Fall von großer Seltenheit. Die Notwendigkeit zu tracheotomieren tritt gleichfalls selten ein, da die Kinder meist an ihrer Lungentuberkulose zugrunde gehen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

41) **J. Cousteau.** Corps étranger de la région sous-glottique, extrait par voie endolaryngée.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 47.)

Bemerkenswert ist, daß Pat. den Fremdkörper einen Monat im Kehlkopfe trug, ohne es zu wissen. Anfälle von Husten, Dyspnoe mit folgendem Schluckweh und allmählichem Unvermögen, zu schlafen und zu essen, führten sie in eine spezialistische Behandlung. Auf Befragen gab sie an, daß sie ihr Gebiß seit Beginn der Anfälle vermisse. Die Entfernung desselben in Größe von 28 : 17 mm gelang auf endolaryngealem Wege. Selbstverständlich müsse man stets gewärtig sein, zu tracheotomieren. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

42) **W. Burk.** Über einen Fall von Fremdkörperextraktion aus den Luftwegen mittels eines Elektromagneten.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XVII. Hft. 1.)

Wie die Röntgenaufnahme zeigte, saß der Fremdkörper (eine Schraube) im linken Hauptbronchus. Selbst durch indirekte Bronchoskopie gelang es nicht, ihn einzustellen; mittels eines für den genannten Zweck eingeführten Elektromagneten wurde die Schraube dagegen ohne Schwierigkeiten herausbefördert. Wenn auch im vorliegenden Falle die Bronchoskopie nicht allein zum Ziele führte, so war sie doch von großem Werte; denn ohne dieselbe hätte der Elektromagnet wohl kaum die nicht gering zu schätzende Reibung an der Bronchialwand überwunden.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

43) **v. Stubenrauch** (München). Einfache Trachealhaken zum Gebrauche beim Kanülenwechsel.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 31.)

Die Haken haben die Biegung eines Cathéter bicoudé, die nach Bedarf geändert werden kann, und haben sich dem Verf. besonders in den Fällen, wo die Luftröhre

tief liegt — nach Einträuflung einiger Tropfen einer Kokain-Antipyrin-Karbolsäuremischung in den Luftröhrenschlitz —, sehr bewährt. **Kramer** (Glogau).

44) **Ahrent.** Ein seltener Fall von ödematösem Fibrom des Kehlkopfes.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XVII. Hft. 1.)

Die Seltenheit des Falles besteht vor allem in der Stelle der Insertion; die Geschwulst saß gestielt beinahe in der Mitte der Hinterwand dicht oberhalb des Stimmbandniveaus. Die Entfernung gelang leicht mit der Schlinge. In der einschlägigen Literatur wird stets die Abneigung gutartiger Neubildungen gegen die Interarytänoidalwand betont. Hier, wie in dem von Réthi publizierten Falle, liegt eine Ausnahme vor. Auffallend waren die geringen Atemstörungen, die die walnußgroße Geschwulst verursachte, obwohl sie fast die ganze Glottis bedeckte.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

45) **Brindel.** Un cas d'atrésie de la trachée et des grosses bronches par néoformation sclérémateuse d'origine traumatique.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 10.)

Der Fall des Verf. illustriert so recht den Wert der Tracheo-Bronchoskopie: Ein 64jähriger Zimmermann mit Trachealstenose und Asphyxie hatte 1870 einen Granatschuß in die vordere Halspartie, von links nach rechts durchschlagend, davongetragen; die in der Höhe des Schildknorpels befindliche Wunde war nach 12 Monaten verheilt; 1883 entstand an der Stelle der Narbe eine schmerzlose Anschwellung, die allmählich im Verlaufe der Jahre Faustgröße erreichte. Lannelongue vermochte nur einen Teil eines fest mit der Umgebung verwachsenen Gewebes zu entfernen, nicht aber die Luftröhre freizulegen und die Atembeschwerden zu beseitigen. 1 Jahr später kam Pat. in die Behandlung von Moure. Die Anschwellung war wieder gewachsen, besonders nach rechts, und zeigte hier zwei Fisteln, die eine 4 cm von der Medianlinie, die andere 2 cm über dem Schlüsselbeine. Die Tracheotomie war sehr erschwert, da die Luftröhre nach links abgewichen war, und nur ein Schwirren der Atemluft ihre Lage vermuten ließ. Die Operation brachte eine gewisse Erleichterung, nach 2 Tagen wieder eine Erneuerung der Asphyxie; die Einführung einer Speiseröhrensonde durch die Kanüle war von Erfolg begleitet. Mittels der Bronchoskopie konnte eine Verengerung der tiefen Partien der Luftröhre und der großen Bronchien festgestellt werden; eine weitere Anwendung der tracheo-bronchoskopischen Röhren gibt die Aussicht, eine fortschreitende Stenose bzw. Atresie hintanzuhalten. Ein Fremdkörper konnte durch die Röntgenoskopie ausgeschlossen werden. Die mikroskopische Untersuchung des seinerzeit exstirpierten Gewebes hatte ein Fibrom ergeben. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

46) **Henrici.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Trachealtumoren.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XVII. Hft. 2.)

Der 61jährige Pat. litt seit 15—20 Jahren an »Asthma«, das immer zunahm; als Ursache hiervon bestand eine breitbasig aufsitzende Geschwulst der hinteren Luftröhrenwand, von gesunder Schleimhaut überzogen, die Lichtung der Luftröhre fast völlig ausfüllend. Exstirpation nach vorangegangener Tracheotomie. Glatte Heilung; 2 Monate später Tod an Lungenembolie. Die schwer zu klassifizierende Geschwulst ähnelte noch am meisten den Geschwülsten der Regio parotidea oder submaxillaris. Da sie auch die von Bruns für intratracheale Strumen als charakteristisch angegebene Walzenform besaß, so neigt Verf. zu der Annahme, daß nicht die Art der Geschwulst, sondern ihr Sitz hier von Bedeutung für die Form sei; der Ausdehnung einer Geschwulst in der Hinterwand der Luftröhre setze sich naturgemäß in der knorpelfreien Schicht der geringste Widerstand entgegen. Daher die Walzenform. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

47) **C. Goebel.** Zur Frage der Strumametastasen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 300.)

Kurze Mitteilung, daß ein früher von G. publizierter Fall metastatischer Kropfgeschwulst im Femur einer Frau (vgl. d. Bl. 1898 p. 542) 3 Jahre nach der Exartikulation an Metastasen im Becken und in den Lungen gestorben ist. Der Kropf der Frau war klein geblieben. (Beweis für die Bösartigkeit des metastasierenden Kropfes.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

48) **Ehrhardt.** Über Echinokokken der Schilddrüse.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

Verf. teilt einen Fall von Schilddrüsenechinokokkus mit, der, retrosternal im vorderen Mediastinum gelegen, über das Brustbein in Hühnereigröße hervorragte, mit dem Isthmus und beiden Seitenlappen der Schilddrüse von unten her eng verwachsen war. Die völlige Entfernung der Cyste gelang erst nach Punktion und Entleerung der Echinokokkusmembran nebst Tochterblasen. Primärer Schluß der Wunde nach Einführung eines Tampons. Heilung in 12 Tagen. Die Diagnose konnte vor der Operation nicht gestellt werden. Nur in einem der bisher publizierten 22 Fälle gelang es. Nach dem Operationsbefund ist es nicht ganz sicher, daß sich der Echinokokkus primär in der Drüse entwickelt hat; die Möglichkeit ist nicht auszuschließen, daß er aus dem Mediastinum heraus erst sekundäre Verwachsungen mit der Schilddrüse eingegangen ist.

Was die Operationsmethode anbetrifft, so empfiehlt E., in allen Fällen den Versuch der Exstirpation des ganzen Sackes zu machen und nur, wenn dieser nicht gelingt, die Billroth'sche Methode (Aushülsung des Parasiten und Versenkung des vernähten, mit Jodoformöl angefüllten Sackes) oder das Bobrow-Delbet'sche Verfahren (Ausräumung mit Resektion und Naht des zurückgelassenen Cystenteiles) anzuwenden.

Langemak (Erfurt).

49) **Hartley.** Thyroidectomy for exophthalmic goitre.

(Annals of surgery 1905. July.)

H. berichtet über 15 Fälle von Morbus Basedow, die er operativ behandelte. Der Operation schickt er eine Behandlung mit Milch oder Serum thyreoidektomierter Ziegen voraus. Zur Narkose verwandte er Äther; nach ihm soll mit der Operation bei der Krankheit nicht zulange gewartet werden. Von 15 Fällen verlor er einen, 14 wurden gesund, und sie verloren ihre Angst, ihre Pulsbeschleunigung und die übrigen Nervenerregungen. Der Exophthalmus verschwand völlig in 11 Fällen, in 3 Fällen besserte er sich etwas. Zum Schluß gibt Verf. eine Statistik über die mit Resektion des Sympathicus behandelten Fälle. Er ist der Ansicht, daß die Thyreoidektomie der Sympathicodektomie vorzuziehen sei.

Herhold (Altona).

50) **E. F. Ingals.** Actinomycosis of the lung.

(New York med. record 1905. July 1.)

Ein Fall von Lungenaktinomykose, an den sich eine klinische Besprechung anschließt, wobei die Differentialdiagnose besonders erörtert wird. Für die Behandlung werden nach Ochsner sehr große Dosen Jodkali empfohlen, ungefähr 15 g täglich.

Bei der nach den bisherigen Erfahrungen so außerordentlich ungünstigen Prognose erscheint bei dieser Lokalisation des Strahlenpilzes die frühzeitige Diagnose ganz besonders wertvoll.

Die Herde radikal zu entfernen, wird trotzdem selten möglich sein bei der Neigung des Prozesses, sich nach den verschiedensten Richtungen auszubreiten. »Es ist aber eine Kombination von chirurgischem und medizinischem Handeln indiziert in der Hoffnung, daß das Jod dann noch ausheilt, was das Messer nicht erreichen kann.«

Dem Ausspruche des Verf.s wird gewiß jeder beistimmen, da sich außerordentlich trübe Resultate aus den Zusammenstellungen der konservativ behandelten Fälle

ergeben haben (v. Barącz, Poncet), und andererseits schon bei ausgedehnten Prozessen (z. B. Schlange, Karewski) Heilungen durch Operationen erzielt wurden.

Die Röntgenaufnahme des Lungenbefundes wird auf diesem Gebiete manche Aufklärung bringen und die Indikationen für etwaige Eingriffe sicherer wie bisher allein die Auskultation feststellen lassen. **Loewenhardt** (Breslau).

51) **A. Martina.** Zur Behandlung des Pleuraempyems.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 583.)

M. berichtet einen von Payr in Graz mit Glück nach der Methode von Hofmann (Kalk-Köln) behandelten Fall von Pleuraempyem. Diese Methode besteht darin, daß nach der Eiterentleerung mittels Rippenresektion die Empyemhöhle ausgespült, getrocknet und ohne Anwendung von Drainage durch einen Verband luftdicht abgeschlossen wird. Der Luftabschluß soll bis zum 3.—5. Tage dauern, in welcher Zeit die ausgedehnte Lunge schon genügend fixiert ist. Späterhin können kleine Drainagen eingelegt werden. Wichtig ist, die Thoraxfistel tunlichst tief entsprechend der 9. oder 10. Rippe in der Scapularlinie anzulegen. Zur Verhütung vorzeitigen Verklebens der Wundränder werden diese an der äußeren Haut in die Höhe genäht. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

52) **F. Hesse.** Geheilte Stichverletzung des Herzens.

(Sitzungsbericht der physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg. Jahrg. 1905.)

Ein 13jähriger Junge kam 10—15 Minuten nach der Verletzung in die Klinik. Es handelte sich um eine $^3/_4$—1 cm lange, scharfrandige Wunde, gleichlaufend dem unteren Rande des 4. linken Rippenknorpels, etwa 1 Querfinger vom linken Sternalrande. Die Wunde blutete nicht mehr. Dabei war der Junge blaß, hatte kalte Hände und Füße. Der Puls war sehr klein, beschleunigt, bald besser, bald schlechter fühlbar. Die linke Brusthälfte schleppte etwas nach. Herzdämpfung war nicht verbreitert, Herztöne waren sehr leise. Perkussion und Palpation der Herzgegend waren sehr schmerzhaft. Über der linken Lunge hinten unten war eine 2—3 Querfinger breite Dämpfung. Die Probepunktion ergab daselbst hellrotes Blut. Anhaltspunkte für einen Pneumothorax fehlten. Operation in Chloroformnarkose eine Stunde nach der Aufnahme.

Der Schnitt wurde von der Mitte des Brustbeines durch die Stichöffnung auf der 4. Rippe bis 2 Querfinger lateral von der Mammillarlinie geführt. Der untere Rand des 4. Rippenknorpels wird schräg durchstochen vorgefunden. Nach Resektion der 4. Rippe in Ausdehnung von 7 cm vom Sternalgelenk aus quillt synchron mit der Atmung Blut aus der Stichwunde der Pleura costalis. Die Pleura wird dort eröffnet, worauf massenhaft hellrotes Blut aus dem linken Pleuraraume geschleudert wird. Gleichzeitig sieht man aus einer kleinen Wunde im Perikard nahe der Herzspitze hellrotes Blut aussickern. Es wird nun der Schnitt hufeisenförmig erweitert, zunächst nach oben zu mit Durchtrennung der 3. Rippe und dann im 2. Interkostalraume medialwärts, so daß der Lappen am Brustbein umgeklappt werden kann. Dann wird das Perikard von der Verletzungsstelle aus nach oben zu gespalten. 2—3 cm oberhalb der Herzspitze, $^3/_4$ cm links vom Fett des rechten Ventrikels, parallel der Längsachse findet sich die $^1/_2$—$^3/_4$ cm lange, nur mäßig blutende Stichöffnung, in die Herzlichtung vordringend. Nachdem noch die 5. Rippe medianwärts umgeklappt war, konnte die untere Herzhälfte von hinten gegen die 2. Rippe gedrückt werden, so daß H. drei mittelstarke und eine feine Seidennaht anlegen konnte, worauf die Blutung stand. Die Perikardialwunde wurde mit fortlaufender Catgutnaht geschlossen, die nur für ein Gummidrain Platz ließ. Dann kamen periostale Catgutnähte, Naht der Interkostalmuskulatur und tiefgreifende Hautnähte. Am unteren lateralen Winkel blieb die Wunde offen. Eine Gegenöffnung wurde unterhalb der Schulterblattspitze angelegt und drainiert. Verband und intravenöse Kochsalzinfusionen von 800 ccm.

Der Puls blieb lange frequent, 120—140. Es trat eine serös-fibrinöse Pleuritis und Perikarditis ein, die unter Drainage und Spülungen in 4—5 Wochen aus-

heilten. 4 Wochen nach der Verletzung konnte der Junge zum erstenmal aufstehen; die weitere Heilung ging ungestört vor sich. **E. Moser** (Zittau).

53) **A. Stoney.** A case of empyema of the gall bladder with unusual symptoms.

(Brit. med. journ. 1905. September 9.)

Bericht über einen mit Erfolg operierten Fall von Empyem der Gallenblase, bei dem das Querkolon über der Gallenblasengeschwulst hinwegzog und mit dem bis unterhalb der Nabellinie ausgezogenen dünnen Leberrand verwachsen war. Durch die so entstandene Tympanie zwischen Leberdämpfung und tastbarer Geschwulst war die irrtümliche Diagnose Appendicitis gestellt worden.

W. Weber (Dresden).

54) **Fr. Cahen** (Köln). Über die Leberfistel (Hepatostomie).

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 32.)

Bei einem 47jährigen Manne stellten sich mehrere Wochen nach einer bis dahin glücklich verlaufenen Cholecystostomie wegen Stein schwere Erscheinungen von Cholangitis ein, die wahrscheinlich durch im Ductus hepaticus zurückgebliebene, den Abfluß der Galle nach der Gallenblase und dem Darm vollständig aufhebende Konkremente veranlaßt wurden. Der Kranke entschloß sich zu einer zweiten Operation erst nach längerer Zeit, als bereits hochgradiger Kräfteverfall eingetreten war. Bei Lösung der Verwachsungen zwischen Bauchwand, Duodenum und Leber entstanden so heftige parenchymatöse Blutungen, daß an ein weiteres Vordringen nicht zu denken war. C. entschloß sich deshalb zur Anlegung einer Leberfistel, nähte in die größtenteils geschlossene Bauchwunde ein Stück des linken Leberlappens und brannte in diesen mit dem Paquelinbrenner einen 8 cm langen Kanal ein, der mit Jodoformgaze ausgestopft wurde. Nach 48 Stunden floß aus diesem Galle ab, die sich bei auffallend rascher Besserung des Befindens des Pat. einige Wochen lang reichlich entleerte. Der Ikterus nahm ab, die Temperatur wurde normal, und der Kranke genas vollständig. Die im Ductus hepaticus zurückgebliebenen Konkremente hatten offenbar sich spontan entleert, da durch die Gallenblasenfistel wieder Galle abfloß. Heilung beider Fisteln. **Kramer** (Glogau).

55) **E. Rausch.** Über Gallenfluß nach Echinokokkenoperation.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 2.)

Verf. beobachtete an Kehr's Abteilung einen Fall von Leberechinokokkus, nach dessen Operation vollständiger Gallenfluß eintrat, welcher durch die üblichen Mittel wie Ätzung, Ausschabung, Tamponade nicht zu heilen war. Deshalb wurde durch einen erneuten mühsamen Eingriff der Choledochus aufgesucht und inzidiert, und ähnlich wie bei der Hepaticusdrainage ein Rohr bis zur Echinokokkushöhle eingeführt. Im Laufe der nächsten Zeit wurde beim Ausspülen der Echinokokkushöhle und des Ductus hepaticus eine Echinokokkusblase entleert. Der Stuhlgang wurde wieder gefärbt, und fast alle Galle floß allmählich nach dem Darm ab. Pat. wurde geheilt entlassen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

56) **A. Ceccherelli** (Parma). Contributo alla cura chicurgica della cirrosi epatica.

(Clinica chirurgica 1905. Nr. 1.)

C. hat die Talma'sche Operation in drei Fällen von Lebercirrhose ausgeführt, deren Krankengeschichten besonders ausführlich mitgeteilt werden.

Einer, ein 35jähriger Mann, starb nach einigen Tagen infolge von Hämorrhagie aus geborstenen tiefen Speiseröhrenvenen; es fanden sich reichlich gut vaskularisierte Verwachsungen zwischen Netz und Bauchwand. Ein zweiter Fall — eine 69jährige Frau — endete 6 Monate später infolge einer Hirnhämorrhagie tödlich; auch hier waren reiche Venennetze zur Bauchwand gebildet. Der dritte Pat. —

ein 33jähriger Mann befand sich nach mehr als 2 Jahren in gutem Gesundheitszustand. Es sammelte sich nach der Operation neuerlich Flüssigkeit an, kehrte aber nach einer Punktion nicht wieder. In der Haut bildeten sich zahlreiche sichtbare Venen. Ein Hautstück aus der Nabelgegend, das nach 5 Monaten unter auffallend starker Hämorrhagie exstirpiert wurde, zeigte die Gefäße ungemein vermehrt, erweitert: ihre Wände wiesen Reizerscheinungen auf, besonders die Intima, deren Endothelien weit in die Lichtung vorsprangen. Daselbst bestand auch eine mäßige kleinzellige Infiltration, vorwiegend mononukleärer Elemente, gemischt mit epitheloiden Formen. Hier und da sind auch zarte Gefäße, anscheinend ausschließlich aus Endothelien bestehend, zu beobachten.

Aus Versuchen, welche C. mit Zanarini angestellt hat, geht ferner hervor, daß bei Kaninchen die Blutversorgung der transplantierten Teile schlechter zwischen Muskeln und Haut als zwischen Bauchfell und Muskeln erfolgt; daß auch nach gut ausgeführter Operation an Hunden der Ascites zunimmt, wenn die Vena portae eine Zeitlang verengt bleibt, nach einigen Wochen aber wieder verschwindet; daß endlich die Gefäßneubildung schon nach etwa 5 Tagen eintritt.

J. Sternberg (Wien).

57) **A. Exner. Zur Kasuistik und Therapie der Pankreascysten.**
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

E. stellte Nachforschungen an über das Schicksal der operierten Pankreascysten der II. chirurgischen Klinik (Hochenegg) und konnte von sieben Kranken Nachricht erhalten. Eine Frau, der die Cyste exstirpiert war, lebte und war gesund, gleichfalls zwei Pat., denen der Cystensack in die Bauchwand eingenäht war. Die übrigen vier (gleichfalls mit Einnähung) waren gestorben, zwei mit Sicherheit an den Folgen ihres Leidens, die beiden anderen an Ileus, durch den vom Pankreas zur vorderen Bauchwand ziehenden Cystensack verursacht, und an Kehlkopftuberkulose (Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit durch lange Sekretion durch die Fistel).

Hübener (Dresden).

58) **Krull (Dresden). Narkosewagen, zugleich Vorbereitungs-, Verbands- und Operationstisch.**
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

Der Wagen vermittelt durch seine hoch- und tiefstellbare Tragplatte ohne Kraftanstrengung den Wechsel zweier Lagerstätten eines Kranken, ist von einer Person in Betrieb zu setzen, leicht fahr- und lenkbar. Die Lagerfläche ist abnehmbar und als Tragbahre zu benutzen. Außerdem dient er den im Titel angegebenen Zwecken. (Bezugsquelle: Medizinisches Warenhaus, Berlin; Preis 245 *M*.)

Kramer (Glogau).

59) **Klauber (Prag). Eine neue Nadel zur Ausführung der Knochennaht.**
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

Die Nadel ist wie die sogenannte Spicknadel im rückwärtigen Teile hohl, nach hinten offen, vorn dünn und durch vier Längsspalte federnd eingerichtet, so daß der in den Hohlraum der Nadel eingeführte Draht beim Durchziehen der Nadel zusammengepreßt und festgehalten wird, bis die Nadel und damit auch das vordere Ende des mitgeführten Drahtes den Knochen passiert hat.

Kramer (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.
Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 44. Sonnabend, den 4. November. 1905.

Die Bedeutung der Spinalanalgesie für die Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Anus und Rektum.

Von

Dr. **Friedrich Neugebauer** in Mährisch-Ostrau.

Jeder, der Bier's Methode öfter angewendet hat, weiß, daß neben der Analgesie der unteren Körperabschnitte auch Motilitätslähmungen vorhanden sind, welche an den Beinen und dem Sphinkter des Mastdarmes besonders auffallen. Bei keinem anderen Anästhesierungsverfahren, auch nicht bei der Chloroformnarkose, kommt es so häufig zu unwillkürlichem Abgange von Kot.

Unter den 560 Spinalanalgesien (Diskussion zum Vortrage Bier's auf dem diesjähr. Chirurgenkongreß), welche bisher in unserem Kranken-

haus ausgeführt wurden, finden sich 79
Rektum, und zwar 39 wegen Hämorrhoiden,
6 Analfisteln kompliziert durch Hämorrhoi
szesse, 2 Rektalpolypen, 2 Karzinome und
ad anum.

Die Beobachtungen, welche wir bei dies
sammeln konnten, sind kurz folgende:

In einer Anzahl von Fällen klafft nac
ganz weit, so daß man ohne weiteres die u
besichtigen kann. In anderen Fällen ist di
gehende, doch ist sie vorhanden und kom
das ganz veränderte Aussehen der inneren
der Injektion. Dieselben erscheinen unver
ob die Injektion von einer Hyperämie die
Indessen erklärt sich diese Erscheinung w
paretische Ringmuskel die Knoten nun bess

Ein solcher halbgelähmter Spinkter gibt
leicht nach, und es ist einleuchtend, daß e
Paralyse das Sehen und Arbeiten i
ringes und knapp oberhalb desselben
dert. Es ist dies ein ganz besonderer V
vor allen lokalen Analgesierungsmethoden
narkose.

Welche Bedeutung das leichte, einfach
barmachen dieser Teile für die Diagnose ha
Erfahrung bei einem Herrn B., welcher 4
Anämie infolge von Darmblutungen mehrer
geblich konsultiert hatte. Es war bei dem
Tuschierbefunde ein höher gelegener gutar
genommen und die Laparotomie vorgeschl
Beobachtung in unserem Krankenhause ver
Kranke verschob den Eingriff. Nach einer
die mit den Analoperationen gemachten Er
noch einmal unter spinaler Analgesie zu unt
ganz ohne instrumentelle Beihilfe, über
weichen, nicht tastbaren Hämorrhoidalknot
der Kuppe zu entdecken. Die vor einem
Operation brachte dauernde Heilung.

Eine andere Beobachtung soll hier mit
dabei die Ausschaltung der Muskeltätigkeit
tion die Ursache abzugeben scheint. Wir sa
Wochen dreimal ein ganz spontanes Zur
rierter Leisten- und eines Schenkelbruches n
Herniotomie vorgenommenen Injektion, so
Narkose beobachtet wurde.

1) **L. Bornhaupt.** Gefäßverletzungen und traumatische Aneurysmen im russisch-japanischen Kriege.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 3.)

Verf. veröffentlicht seine Erfahrungen, die er in dem russischen Hospital zu Charbin gemacht hat. Das Mantelgeschoß kann die Arterien streifen oder lochförmig durchbohren. Der enge Schußkanal begünstigt die Bildung eines Aneurysmas, das bei rationeller, konservativer Behandlung und rechtzeitiger Immobilisierung meist keine Nachblutung verursacht; die Symptome eines Aneurysmas können sofort auftreten, können in der ersten Zeit durch einen diffusen Bluterguß in die Weichteile maskiert werden, können aber auch erst nach Wochen auftreten. Das arterielle Aneurysma zeigt eine deutliche Pulsation, aber kein Schwirren. Das Geräusch kann fehlen. In einer Reihe von Aneurysmafällen tritt Spontanheilung ein, so daß bei jeder nicht stark blutenden Gefäßverletzung eine konservative Therapie am Platze ist. 4—6 Wochen nach verheilter Wunde schreitet man zum operativen Eingriff. Bei kleinen Defekten in der Gefäßwand ist die Gefäßnaht zu empfehlen. Bei strenger Asepsis gibt auch die Exstirpation des Aneurysma gute Resultate. Bei zentraler und peripherer Unterbindung mit Eröffnung des Sackes nach v. Mikulicz kann es zu Nachblutungen aus Ästen kommen, die vom Sack ausgehen.

Trifft eine Schußverletzung Arterie und Vene zugleich, so gestalten sich bei mangelnder Infektion die Verhältnisse günstig zur Bildung eines arterio-venösen Aneurysmas. Auch für diese ist zuerst die konservative Therapie anzuraten. Nach einiger Zeit ist als die beste operative Methode die totale Exstirpation des Aneurysmas zu empfehlen. Neunmal hat B. die Exstirpation eines arterio-venösen Aneurysmas ausgeführt und jedesmal einen guten Erfolg erzielt. Die Wiederherstellung der Funktion schritt nur dann langsamer fort, wenn vor dem Eingriff starke Schwellungen, Ödeme und Lähmungen vorhanden waren.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

2) **T. Austen.** The collection and distribution of wounded in a modern cruiser engagement.

(Brit. med. journ. 1905. August 12.)

Verf. berichtet als Augenzeuge über die Versorgung der Verwundeten des russischen Kreuzers »Variag«, bei dessen 40 Minuten währendem Gefecht mit den Japanern. Von 150 Mann der Besatzung, die an exponierten Stellen des Schiffes tätig gewesen waren, wurden 40 getötet und 68 verwundet. Die erste Versorgung der Verwundeten nahm 2 Stunden in Anspruch unter Beihilfe von fünf Ärzten und beschränkte sich auf einfachen Wundverband und Schienung von Frakturen. Auf Grund seiner Beobachtungen fordert Verf. die Durchführung folgender Grundsätze: mehrere Verbandplätze im Hauptdeck unter Schutz der Kasematten; Fortschaffung der Verwundeten durch Träger in den Gefechtspausen oder später; Schutz des Arztes während

des Feuers unter der Wasserlinie bis nach dem … Gefechtspausen oder bis zur Abflauung des fein… Verteilung der Verwundeten ein Hospitalschiff au… schiffe.

W…

3) **M. Beadnell.** On the disposal of ou… naval war.

(Brit. med. journ. 1905. August 12.)

Während kleine Kriegsfahrzeuge, wie Unte… boote, Kanonenboote usw., ihre Verwundeten soba… kuieren müssen, verlangt Verf. für Kreuzer und … ders bei der Konstruktion vorgesehene, mit Pa… Verwundetenräume unter Deck, die durch senk… Leitern mit dem Gefechtsdeck in Verbindung ste… weist an Beispielen aus den letzten Seekriegen di… dung von Lazaretträumen ohne Panzerung. Weg… barkeit muß der Arzt während des Feuers in diese… bleiben. Die Verwundeten müssen auf alle Fälle… ersten provisorischen Verbandes um ihrer selbst wi… wegen des demoralisierenden Eindruckes ihres Anbl… vom Ort ihrer Verwundung fort unter Deck ge… Verwundetenräume müssen durch besondere Sch… reichbar, müssen gut ventiliert und mit allem Nö…

W…

4) **Andrews.** Arrangements for treatment … in action on board H. M. S. »Magnificent« …

(Brit. med. journ. 1905. August 12.)

Verf. folgert aus den Erfahrungen des Krieg… während einer Seeschlacht kein Platz auf einem S… ist gegen feindliches Feuer. Es hat daher kei… unter Deck zu halten, bis das Gefecht vorüber i… fohlen wird. Vielmehr soll er seine Hilfe bringe… Die Verwundeten sollen nach Anlegung eines erst… um die Unverwundeten in ihrer Gefechtsfähigkeit … nach zwei an Deck im Schutze von Panzertürm… bandplätzen gebracht werden. Vor dem Gefech… Mannschaften mit frischer Kleidung versehen. … werden nach dem Gefecht vorgenommen an einem… dessen Wahl ganz und gar abhängig ist von de… digungen.

W…

5) **R. Werner.** Über Radiumwirkung auf … und Gewebsinfektion. (Aus der chir. Univ.-K… Münchener med. Wochenschrift 1905. N…

W. hat seine … bekannten Untersuchungen (s. … weiter fortgesetzt und berichtet in vorliegender A…

naueren über die erzielten Ergebnisse. Unter Hinweis auf die Arbeit selbst sei hier nur kurz hervorgehoben, daß nach diesen die Radiumstrahlen auf Bakterien nicht nur tötend, sondern auch entgiftend wirken können, ohne ihre antitoxinbildenden Eigenschaften aufzuheben, und ferner, daß die durch Radiumwirkung zugrunde gehenden Körperzellen (Radiumnekrosen) imstande sind, bakterizide Eigenschaften zu entwickeln. **Kramer** (Glogau).

---

6) **P. Wichmann** (Hamburg). Zur Röntgentherapie.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 34.)

Zur Vereinfachung und Verbesserung der technischen Seite der Bestrahlungstherapie hat W. eine neue Röntgenröhre konstruiert, die bis auf einen der Mitte der Antikathode gegenüberliegenden Kreisausschnitt von 7 resp. 12 cm im Durchmesser mit einer isolierenden Hülle abgedeckt ist. Auf den die ergiebigste Strahlung der Röhre vermittelnden Kreisausschnitt wird ein Röhrensystem, welches auf den Fokus der Röhre zentriert ist, aufgesetzt. Hierdurch wird erreicht, daß die zentrierten Strahlen direkt und ausschließlich auf die zu bestrahlende kleine Fläche hingeleitet werden. Die sterilisierbaren Röhren können in entsprechenden Maßverhältnissen und Formen ganz nach Wunsch angefertigt werden, so daß ihre Einführung auch in Fistelgänge, in Körperhöhlen möglich ist. **Kramer** (Glogau).

---

7) **Altmann** (Erfurt). Wundbehandlung mittels ultra-violetten Lichtes.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 36.)

In der Schott'schen (Jena) Quecksilberdampflampe besitzen wir einen Strahlenkörper, welcher, der Wärme bar, in hohem Maße den chemischen Wirkungen im Sinne Finsen's entspricht; sie sendet eine Fülle blau- bis ultravioletter Strahlen aus, die eine stark Ozon erzeugende Wirkung haben und besonders hierdurch in therapeutischer Hinsicht wertvoll sind. Neben dieser Wirkung, auf der das Hellrotwerden venösen Blutes und die Beschleunigung der Blutgerinnung beruhen dürfte, hat die Schott'sche Uviollampe gleich dem Sonnenlichte stark hautreizende, gefäßerweiternde, wie bakterientötende Einflüsse, so daß sich mit ihr in der Behandlung von Hautkrankheiten und Beingeschwüren bemerkenswerte Erfolge erzielen lassen. A. berichtet über solche in 10 Fällen von Fußgeschwüren, die 3 bis 8mal Bestrahlungen von halbstündiger Dauer ausgesetzt wurden: Die Geschwürsflächen färbten sich schon während der Uviolstrahleneinwirkung hellrot, um nach einer halben Stunde teilweise trocken zu sein. Am nächsten Tage zeigten sie eine feste, rote Umwallung und ebensolche Granulationen, soweit nicht schon Verschorfung eingetreten war. Die umgebende Haut wurde lebhaft gerötet, glatt und von dauernder Straffheit, stechende Schmerzen hörten auf, und es heilten sämtliche

Fälle, obwohl die Pat. ihrer Berufstätigkeit unvermindert nachgingen, in längstens 4 Wochen.

Kramer (Glogau).

---

8) **H. Morrow** (San Francisco). Ethyl chloride in the treatement of zoster.

(Journ. of cutan. diseases 1905. April.)

M. empfiehlt für die Behandlung des Zoster die Applikation des Äthylchlorid mehrmals am Tage, der er besonders eine Behebung der neuralgischen Schmerzen vindiziert. Inwieweit event. durch die Methode auch die so besonders empfindlichen Nachschmerzen, nach vollkommen eingetretener Heilung, beeinflußt werden, das wird in der kurzen Arbeit nicht erwähnt. (Die Applikation ist jedenfalls nur in der allerfrühesten Zeit möglich; sobald bereits Blaseneruptionen aufgetreten sind, kommt es zum Zerfall der Blasendecken, die man ja gerade vermeiden will. Bisher hat uns die Unna'sche Pinselung, 1% Acidum carbol., 1% Ichthyol und 1% Sublimat in Alkohol gelöst in keinem Stadium der Erkrankung im Stiche gelassen. Ref.)

Harttung (Breslau).

---

9) **Asch.** Eine neue Strikturbehandlung.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 7.)

Verf. empfiehlt seine Methode als eine Strikturbehandlung, welche ohne Berufsstörung schneller zum Ziele führt als die gewöhnliche Sondenkur. Sie besteht in Ätzung der Infiltrationen und narbigen Stränge mit Jodtinktur, event. in Auskratzung mit scharfem Löffel. Natürlich ist vorher eine exakte Einstellung der betreffenden Stellen mittels Urethroskops nötig. Aus diesem Grunde sieht Verf. diese Behandlungsweise als ein Monopol der Urologen an.

Grunert (Dresden).

---

10) **J. Verhoogen.** Über Prostatektomie.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 7.)

Die etwa 1000 Fälle umfassende Statistik der Prostatektomie zeigt, daß für die bei weitem größte Mehrzahl der Fälle als Indikation zur Operation die Hypertrophie der Prostata in Betracht kommt. Sodann bilden Tuberkulose und bösartige Geschwülste die Operationsindikationen. Die Erfolge bei letzteren beiden sind noch ungenügend.

Nach Thomson leiden 34% der Männer im Alter von 60 Jahren an Prostatahypertrophie, wobei in 15 oder 16% bestimmte Störungen auftreten. Von diesen Fällen sollen nach Ansicht des Verf. alle diejenigen operiert werden, bei denen die Prostatahypertrophie Erscheinungen sekundärer Erkrankungen macht, also im Grunde genommen alle, welche bei der symptomatischen Behandlung keinen klaren Urin behalten. Die Exstirpation der Prostata erfolgt auf perinealem oder transvesikalem Wege (hoher Blasenschnitt). Verf. bevorzugt die perineale Methode, dieselbe, die er bereits im Jahre

1896 beschrieben hat, nur mit einer Modifikation des Hautschnittes und der Lagerung des Pat. (derselbe liegt auf dem Bauche; der Hautschnitt wird schräg, 2—3 cm vor dem Afterrande, direkt vor dem häufig durchzufühlenden vorderen Rande des Sphincter ani geführt). Einzelheiten der Technik sind im Originale nachzulesen.

Verf. hat bei 21 perinealen Prostatektomien einen Todesfall gehabt (einige Wochen nach der Operation an den Folgen einer vorher vorhandenen Pyelocystitis); in vier Fällen schlossen sich an die Operationen Harnröhrenfisteln an; eine davon ist durch Anfrischung geheilt worden. Einmal ist dem Verf. ein Riß in den Mastdarm mit folgender Harnröhrenmastdarmfistel vorgekommen, und endlich bildete sich in einem anderen Falle 6 Tage nach der Operation an der vorderen Mastdarmwand eine Nekrose und demzufolge eine Fistel.

Abgesehen von diesen Fällen nahm die Wundheilung bis zur Vernarbung im allgemeinen 3—4 Wochen, bisweilen auch 2—3 Monate in Anspruch. Hierbei war das funktionelle Resultat ein ausgezeichnetes.

Der Schluß der Arbeit beschreibt die Technik der transvesikalen Prostatektomie. Bei dieser ergibt die Statistik eine Sterblichkeit von 10%. Diese Sterblichkeitsziffer übersteigt ein wenig diejenige der perinealen Methode. **Grunert** (Dresden).

---

11) **F. Völcker** und **A. Lichtenberg.** Die Gestalt der menschlichen Harnblase im Röntgenbilde. (Aus der Heidelberger chirurg. Universitätsklinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

Wenn auch durch Untersuchungen der Blase in situ an der uneröffneten Leiche, ferner durch die Gefriermethode wertvolle Aufschlüsse über die Gestalt des Organes erhalten worden sind, so sind doch noch nicht alle sich in bezug hierauf aufdrängenden Fragen gelöst. Die Verff. haben dann in Berücksichtigung der beim Studium andere Hohlorgane neuerdings mit den Röntgenstrahlen vielfach erhaltenen guten Erfolge diese Methode auch für die menschliche Blase versucht und letztere zum Zweck ihrer Durchleuchtung mit einem undurchlässigen Material — 2%ige Lösung (120—150 g von Argent. colloid.) — gefüllt, nachdem von anderer Seite hierzu 10%ige Aufschwemmungen von Bismut. subnitr. oder Lufteinblasungen verwendet worden waren. Die erhaltenen Bilder waren von größter Klarheit. Bei Aufnahmen von vorn nach hinten zeigte die gesunde Blase junger männlicher und weiblicher Individuen eine stumpfe, birnförmige Gestalt mit breiter nach oben gerichteter Basis und nach unten stehender Spitze. Bei Mehrgebärenden fanden sich eigentümliche Asymmetrien der Harnblase, bei Prostatahypertrophie breite Abrundung nach unten. Mehrere Abbildungen solcher Blasen mit und ohne Divertikelbildung, ferner die von Blasenverlagerung, von angeborenem Blasendivertikel sind sehr interessant. So lassen sich mit der Röntgenographie also

auch für die menschliche Harnblase wertvolle Aufschlü logische Zustände derselben erzielen. Kr

12) **Haberern.** Die zuverlässige Diagnose von mittels Röntgenaufnahmen.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgan

Verf. hat — ohne Kenntnis der gleichartigen Versuche — Blasensteine nach Analogie der Darma Aufblähung der Blase mit Luft zur guten Darstellun gramm gebracht. (3 Abbildungen.) **Gru**

13) **E. Gierke.** Über Malakoplakie der Ha dem pathol. Institut der Universität Freib

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 29

Von der mit obigem Namen bezeichneten, in ih nicht aufgeklärten Affektion liegen bisher einschlie mitgeteilten zwei neuen erst neun Beobachtungen vo her bestehender Cystitis zeigte die Sektion in der H den Schleimhautfalten — flach erhabene Herde, ma förmiger Beschaffenheit, gelblicher Farbe, rötlichen Hirsekorn- bis über Pfennigstückgröße; zuweilen fan in Harnleitern und Nierenbecken. Die Plaques be artigen großen Zellen, die häufig Bacillen und ande konzentrischer Schichtung und Eisenreaktion (Rest v webstrümmern) enthalten, nach der freien Oberfläc und in senkrechten Reihen, durch sehr spärliches einander getrennt liegen; das Epithel ist auf der K sonst von den großen Zellen scharf abgrenzbar. Zu Herde bis zur Muscularis.

G. nimmt an, daß die großen Zellen Abkön mobiler Gewebselemente sind, die sich nach Verlus der Kuppe vielleicht mit Urin infiltrieren; der infi durch chemische und bakterielle Reizung zu Dege tion, Aufquellung der Zellen und zu Imprägnati (Eisen, Kalk). — Von den neun Individuen litten v ohne daß in den Plaques Tuberkelbazillen vorhand

14) **J. Albarran.** Exploration des fonction médico-chirurgicale.

Paris, **Masson & Cie.,** 1905. 604 S.

Das vorliegende sehr ausführliche Werk über d wird von dem Verf. selbst als eine »medizinisch-c bezeichnet. Soll doch der erste Teil, die einheitlic

Nieren in ihrer Gesamttätigkeit, mehr in das Gebiet der inneren Medizin fallen, während der zweite Teil sich mit dem Verhalten der getrennten Funktion jeder Niere beschäftigt und demgemäß die modernen Errungenschaften der Nierenchirurgie besonders betrifft.

Der enge Zusammenhang beider Disziplinen der Medizin auf diesem Gebiete und die Notwendigkeit umfassender Gesichtspunkte für die Erkenntnis des Problems der funktionellen Diagnostik begründen indes, daß trotz dieser Teilung ein unmittelbarer Zusammenhang bestehen bleibt.

Kein Leser wird ohne Vorteil das äußerst klar und übersichtlich geschriebene Werk studieren, sei es auch nur, um einen Begriff von der Vielseitigkeit des Themas, von den bereits gefundenen Resultaten und den noch zu lösenden Aufgaben zu erhalten.

Die ausgiebige Benutzung der Literatur, naturgemäß mit Voranstellung der Arbeiten französischer Forscher, bietet auch dem auf diesem Gebiete nicht besonders Bewanderten die Gelegenheit, einen Einblick in dasselbe zu gewinnen.

Die Rolle der Niere vom Gesichtspunkte der »inneren Sekretion« wird als ganz unbekannt, kaum in der Existenz erwiesen und auf sehr fragwürdigen physiologischen Grundlagen aufgebaut hingestellt. Die ganzen funktionellen Forschungen können sich daher nur auf der Basis der Annahme einer Drüse »mit äußerer Sekretion« bewegen.

In letzterer Beziehung handelt es sich im Verhältnis zum Blut 1) um ein »elektives Filter« mit verschiedener Permeabilität und 2) um eine wahre Drüse mit der Fähigkeit, synthetisch neue Körper zu bilden, wie z. B. die Hippursäure, welche, wie bekanntlich Bunge und Schmiedeberg erwiesen, aus Benzoesäure und Glykokoll entsteht.

Es ist aber zu bemerken, daß man einschließlich dem letztgenannten keinen einzigen Körper kennt, welcher sicher nur in den Nieren allein gebildet wird. So liefert z. B. auch die Brustdrüse aus dem Phloridzin Zucker, und das Methylenblau wird auch in der Leber rekonstruiert.

Die Filtration (wir lassen diesen Ausdruck und sind uns bewußt, daß dabei nur im allgemeinen der Übergang von Substanz aus dem Blute in den Harn gemeint ist), hängt zwar hauptsächlich von zwei Faktoren ab, von der Zusammensetzung des Blutes und dem Zustande des Parenchyms, daneben wird aber der Einfluß der Zirkulation und des Nervensystems auf die Urinsekretion zu wenig beachtet.

Die Methoden zur Feststellung der Nierenfunktion bauen sich auf quantitative und qualitative Untersuchungen, 1) des Blutes, 2) des Urins, 3) Vergleiche beider Medien auf. Die Konstanz der Blutzusammensetzung hängt aber durchaus nicht allein von der Tätigkeit der Nieren, sondern von der Tätigkeit aller anderen Drüsen des Körperhaushaltes und von dem Austausch mit den Gewebssäften ab.

Wenn infolge einer Nierenerkrankung die Blutbestandteile verändert sind, übt diese verschiedene Blutbeschaffenheit wieder einen besonderen Einfluß auf die Niere aus, und man müßte erst wissen,

wie sich eine normale Niere einer so veränderten Blutbeschaffenheit gegenüber verhalten würde. Beachtet man, daß eigentlich noch den Einflüssen der Zirkulation und Innervation Rechnung getragen werden sollte, so versteht man die außerordentliche Vielseitigkeit des Problems, und daß genannte Verfahren recht unzureichend sein müssen.

Von den Methoden der Blutuntersuchung ist die chemische Analyse zu schwierig; auch sind die Resultate der Toxizitätsfrage noch nicht gesichert. Der normale Blutgefrierpunkt zeigt nicht mit Sicherheit die ausreichende Nierenfunktion an: wenn eine Niere ganz gesund ist, kann δ bis —0,60 fallen, und wenn beide Nieren recht krank sind, normal —0,56 ergeben. Man kann aber die Möglichkeit einer Niereninsuffizienz im Auge haben, wenn δ —0,60 ist. Die Feststellung von δ wird aber wertvoll, wenn man aus irgendwelchem Grunde nicht den Urin jeder Niere getrennt zur Untersuchung erhalten kann. Außer den bekannten Fällen von Senator, Moritz, Wieprecht und Israel wird ein Beispiel von Leon Bernard angeführt, welcher bei einem chlorotischen Mädchen mit anderweitig als normal festgestellten Nieren —0,61 und bei Diabetes —0,80 fand. Daß unter ganz besonderen Verhältnissen (nicht kompensierte Herzkrankheiten, Diabetes und Eklampsie, großer Ovarienkrebs) solche Ergebnisse vorkommen, haben übrigens auch Kümmell und Rumpel nie bestritten.

Die Aufstellungen $\frac{\delta}{\text{spez. Gewicht}}$ und $\frac{\delta}{\text{Chlornatrium}}$, welche nach Kövesi und Suranyi bei Niereninsuffizienz erhöht sein sollen, glaubt Verf. unter den oben angeführten allgemeinen Gesichtspunkten a priori beanstanden zu müssen und hält auch die Resultate bisher für ganz unbestätigt.

Eine erstklassige Methode zur Erforschung der Nierenfunktion bleibt die chemische Urinanalyse trotz aller Einwände, wie z. B. Veränderungen durch Polyurie, Ernährungsverhältnisse, Einfluß von Krankheiten (z. B. Harnstoffverminderung bei Leberaffektionen). Im einzelnen wird vom Verf. die Ausscheidung des Harnstoffes, des Kochsalzes, der Phosphate und der Harnsäure in ihrer verschiedenen Bedeutung resp. Bedeutungslosigkeit erläutert.

Bei den Nephritiden rühre die Verminderung des Harnstoffes im Urin zum Teil ebenfalls von der Erkrankung der Niere her, wenn auch andere Einflüsse, namentlich die allgemeinen Ursachen der Nierenerkrankung (Infektion, Intoxikation oder Ernährungsstörungen) wichtige Modifikationen in der Absonderung der Harnbestandteile hervorrufen können.

Die Urinmenge gibt keine eindeutigen Werte, weil, abgesehen von jeder Nierenerkrankung, auch andere Krankheiten bedeutende Polyurien hervorrufen; mindestens muß man gleichzeitig die Menge der ausgeschiedenen Produkte mit in Betracht ziehen. In vielen Fällen liefert aber die eine erkrankte Niere geringere Mengen Urin.

Die Messung des spezifischen Gewichtes ist auch mit Reserve hinzunehmen. In den meisten Fällen sind die Resultate aber über-

einstimmend mit denen anderer Methoden, d. h. also die kranke Seite liefert die kleinere Menge.

Für die Kryoskopie bedient sich A. des Apparates von Bousquet (modifizierter Beckmann). Zur gleichmäßigen Übertragung der Temperatur wird die Kältemischung von dem Glas mit der zu untersuchenden Flüssigkeit durch ein weiteres Reagensglas mit einer Wasser- und Glyzerinmischung āā getrennt.

Es folgt die Besprechung der bekannten Theorie der Nierensekretion nach Koranyi, gegen welche die Bildung von Hippursäure und die hohen Werte von $\frac{\Delta}{\mathrm{NaCl}}$ bei Säuglingen u. a. sprechen sollen, während der Wert $\frac{\mathrm{U}^1}{\mathrm{NaCl}}$ durchaus nicht immer, wie an einer Reihe von Beispielen erläutert wird, auf der Seite mit konzentriertem Urin am größten auszufallen braucht.

Schon dadurch, daß die kranke Niere eine größere Quantität Kochsalz als die gesunde ausscheiden kann, verlieren alle auf Theorie von Koranyi basierenden Methoden an absolutem Wert, nämlich 1) das Verfahren von Claude und Balthazard, welcher auf Δ, Chlornatrium, 24stündige Urinmenge und Körpergewicht Rücksicht nimmt, 2) die Methode von Claude und Mauté (»Chlorurie alimentaire experimentale«), die im wesentlichen in dem Studium der Modifikationen liegt, welche das Chlornatrium und die chlorfreien Urinsubstanzen bei einer unter bestimmten Bedingungen per os verabreichten Kochsalzdosis ergeben. 3) Das Verfahren von Teissier (»Chlorurie alimentaire spontanée«), welches auf der Kenntnis des Kochsalzgehaltes der eingenommenen Nahrungsmittel und der ausgeschiedenen Chlornatriummenge beruht, aber die Arterienspannung und zum Teil auch die Formeln von Claude und Balthazard mit in Betracht zieht.

Die letzten beiden Untersuchungsarten gehören schon unter eine neue Gruppe, welche das Studium der »provozierten Ausscheidungen« betrifft. Hier ist vor allem den Methylenblauinjektionen ein größeres Kapitel gewidmet, denen nur ein Wert zugesprochen wird, wenn man den Beginn, die Art des Verlaufes, die Dauer und die Quantität der ausgeschiedenen Produkte (Blau und Chromogen) in Betracht zieht. Für gewisse Fälle von Nierensklerose scheint die mangelnde Methylenblauausscheidung in gewisser Weise typisch zu sein. Man ersieht aber trotz der Vorliebe, mit der A. die Methylenblaumethode ausübt, aus seinen eigenen Erläuterungen, daß eine Sicherheit der Deutung auch diesem Verfahren nicht zukommt. Nicht etwa obiger Methode parallel gehen die Ausscheidungen von Fuchsin, Rosanilin, Jodkali, salizylsaurem Natron; sie werden bezüglich ihrer Permeabilität in kürzeren Abschnitten behandelt. Jede Substanz hat eben einen eigenen Ausscheidungskoeffizienten. Besondere Schlüsse lassen sich aus letzteren, bei uns wohl kaum geübten Verfahren auch nicht ziehen. Noch

weniger Resultate hat die Bestimmung der Toxizität des Urins gezeitigt, selbst wenn man sie mit der des Blutes vergleicht.

Merkwürdigerweise wird der nach Léon Bernard benannten Formel $\frac{\delta}{\Delta} \times$ Harnmenge[1] ein gewisser Wert beigemessen.

In dem zweiten Kapitel, welches die Feststellung des funktionellen Wertes der Niere in ihrer Eigenschaft als Drüse betrachtet, wird außer einem kurzen aber ergebnislosen Hinweis auf die Bestimmung der Hippursäure die Phloridzinglykosurie behandelt. Es interessiert hier die Feststellung der häufigen Widersprüche in den Vergleichsresultaten mit Methylenblau, Kryoskopie und chemischer Analyse. Auch sonst ist das Verfahren nicht ganz einwandsfrei, aber für die Entdeckung epithelialer Nephritiden, welche durch die Farbstoffmethoden nicht erkannt werden, besonders wertvoll. Wir gehen schon wegen der ausführlichen Behandlung in unserer Literatur hierauf nicht weiter ein.

Für die klinische Betrachtung ergibt sich aus allem, daß es bisher kein einziges ausschließliches Verfahren gibt, durch welches mit Sicherheit die Nierenfunktion festgelegt werden kann. Es läßt sich auch keine sichere Beziehung zwischen den funktionellen Störungen und dem anatomischen Zustande aufstellen. Dagegen ergänzen sich verschiedene Verfahren und liefern diagnostische und prognostische Fingerzeige von großem Interesse.

Man muß nach dem heutigen Stande unserer Kenntnis, um den Zustand der Nieren, ohne gleichzeitige Trennung des Urins jeder Seite, bestimmen zu können, die Untersuchung in folgender Weise ausführen: 1) Chemische Analyse der 24stündigen Menge möglichst mehrere Tage hintereinander, 2) spezifisches Gewicht im Verhältnis zur Quantität, 3) Δ und die Formeln $\Delta \times \frac{\text{Harnmenge}}{\text{Körpergewicht}}$ und $(\Delta - \Delta \text{NaCl}) \times \frac{\text{Harnmenge}^{1}}{\text{Körpergewicht}}$, 4) Methylenblauversuch, 5) in zweifelhaften Fällen noch andere Methoden; Blutkryoskopie, Verfahren Claude und Balthazard und Bernard, Phlorizin und Jodkali. Erst der Vergleich der Resultate hat einen wahren praktischen Wert.

Die Urinanalyse gewinnt besonders an Wert, wenn ein bestimmtes Ernährungsregime innegehalten wird, ein Thema, welches für die einzelne Niere erst im zweiten Teil des Buches behandelt, hier aber merkwürdigerweise nicht weiter erörtert wird.

Für die Chirurgie hat nun das Studium des Gesamturins in der Prognose großer Operationen einen hervorragenden Wert. Wie oft muß das Wort »Chok« schlechte Erfolge verdecken, während man sich doch nicht die Mühe gegeben hat, die anderweitigen Ursachen aufzu-

[1] Anm. Hier ist wie üblich δ der Blutgefrierpunkt; bei Albarran bedeutet δ die molekuläre Konzentration des Harns abzüglich des Chlornatriums, also $\Delta - \Delta$NaCl. U bedeutet Harnstoff.

decken, welche die Widerstandsfähigkeit des Kranken herabgesetzt haben können, z. B. also funktionelle Nierenstörungen. Wie oft haben Infektionen, wie Osteomyelitis, Bauchgeschwulst und Appendicitisfälle die Nieren schon schwer geschädigt. Noch mehr muß in der Chirurgie der Harnorgane die gemeinsame Arbeit beider Nieren beobachtet werden, vor allem für die Prostatektomie. Daß A. nur zwei Todesfälle auf 67 perineale Eingriffe verzeichnet, ist nach seiner sicheren Überzeugung eine Folge der regelmäßigen Aufnahme der Nierenfunktion. Man muß aber besonders bei letzteren Kranken mit zwei Fehlerquellen rechnen, der Polyurie und der wechselnden Kochsalzausscheidung, welche besonders die Formeln von Claude und Balthazard trügerisch beeinflussen.

Für die Diagnose werden besonders in den komplizierten Fällen, wo Herzaffektionen mit Albuminurie einhergehen, Aufschlüsse über den event. unversehrten Harnapparat gewonnen. Ein andermal entdeckt man ohne irgendwelche Anzeichen, welche auf Nierenerkrankungen deuten, dennoch sklerotische Prozesse, z. B. mit Methylenblau. Daß bei der Urämie hin und wieder die Nierenbeteiligung auf Grund funktioneller Untersuchungen ganz in den Hintergrund tritt und die Prognose so sich ändert, ist ebenfalls erwiesen. Wichtige Aufschlüsse über toxische, Chlor- und Harnstoffretentionen werden gewonnen und nach Kenntnisnahme der entsprechenden Impermeabilität die Diät modifiziert.

Die Quintessenz der breiten Studie, welche jede Niere für sich, resp. im Verhältnis zueinander behandelt, ist in den folgenden Thesen ausgesprochen: Die kranke Niere funktioniert viel konstanter als die gesunde, und die Funktion variiert von einem Moment zum anderen um so weniger, je mehr ihr Parenchym zerstört ist.

Wenn eine Niere allein erkrankt oder kränker als die andere ist, ändert sie ihre Tätigkeit weniger wie die andere bei funktioneller Belastung, d. h. also der Ausschlag zwischen beiden Seiten wird bei erhöhten Ansprüchen besonders groß. Je gesünder die Niere, desto besser paßt sich ihre Funktion größeren Ansprüchen an ihre Tätigkeit an.

Die Wahrheit dieser Sätze liegt um so näher, als die funktionelle Anpassung eigentlich für die Abschätzung des Gesundheitszustandes jedes Organes ausschlaggebend ist. Die Wirkung der experimentellen Polyurie, resp. einer Mahlzeit auf die Nierensekretion wird durch zahlreiche Kurven erläutert.

Man erkennt den Wert dieser Versuche besonders für solche Erkrankungen, wo die einfache Funktionsprüfung ohne Rücksicht auf Diät unter bestimmten Verhältnissen einmal sogar umgekehrte Werte ergeben hat, d. h. also die kranke oder kränkere Niere anscheinend besser funktionierte.

Wir sind im Rahmen eines Referates nicht in der Lage auf die ausführliche Besprechung der Anwendung der schon im 1. Teil des Werkes erläuterten Methoden noch einmal für die getrennt beobachtete Nieren-



tätigkeit näher einzugehen. Auch bemerken wir ausdrücklich, daß wir in obigem nur Ansichten A.'s wiedergeben wollen und uns auch nicht auf Erörterungen einlassen können, wie weit z. B. die experimentelle Polyurie und Probemahlzeit sonst bereits empfohlen und geübt wurden. Die einleuchtende Art der Darstellung A.'s ist an sich schon sehr verdienstvoll. Es schiene uns sogar noch erwünschter, wenn außer der Polyurie auch die Nahrungsbelastung detailliert und ausführlich und nicht nur in Andeutungen vom Verf. behandelt wäre. Auch ist nicht einzusehen, warum die alimentären Verfahren für die Prüfung der gemeinsamen Nierenarbeit im ersten Teile des Werkes ganz ausgefallen sind.

Für die Beurteilung der Nierenfunktionen in ihrer Gesamtheit ist nach unserer Ansicht die Feststellung der Anpassungsfähigkeit ebenfalls außerordentlich wertvoll, und der genannte Weg allein kann schon so schlechte Gesamtfunktionen erweisen, daß sich die Trennung durch Harnleiterkatheterismus erübrigt.

Als ein Haupterfordernis stellt A. dar, daß sich die getrennte Nierenprüfung auf mindestens 2 Stunden erstreckt, schon damit sich zufällige Differenzen wieder ausgleichen können.

Sein Verfahren besteht in der Einlegung eines ziemlich starken Harnleiterkatheters auf einer Seite. Das Instrument ist ähnlich einem Flötenmundstück an der Spitze abgeflacht und offen, während bei uns wohl meist dünnere Katheter mit seitlichen Augen gebraucht werden. A. will die ganze von jeder Seite gelieferte Urinmenge auffangen und überzeugt sich eventuell durch eine Methylenblaueinspritzung in den Harnleiterkatheter von dessen vollständiger Leistung und Abschluß des Harnleiters. Der zweite Katheter wird in die Blase gelegt.

Für schwierige Fälle, z. B. bei doppelseitiger Erkrankung, wird die genannte oder eine noch längere Zeitdauer gewiß nützlich sein können. Bei den meisten Pat. läßt sich indes nach unserer Ansicht auch in viel kürzerer Zeit eine einwandsfreie Diagnose stellen, ganz abgesehen von gewissen Nachteilen der Einführung nur eines starken Harnleiterkatheters.

Den Abschluß des interessanten und lehrreichen Werkes bilden Tabellen über Operationen und Untersuchungen von 129 Kranken.

Loewenhardt (Breslau).

15) **A. Kock. Die funktionelle Nierendiagnostik und deren Bedeutung besonders für die Nierenchirurgie.**

Inaug.-Diss., Kopenhagen 1905.

Die mit besonderem Fleiß geschriebene, 181 Seiten starke Arbeit Verf.s stammt aus der Klinik Rovsing's, dessen Stellung zu den in dem Titel genannten Fragen den Lesern dieses Blattes schon bekannt ist. Verf. hat mit unermüdlicher Energie und einer umfassenden Literaturkenntnis (das Verzeichnis umfaßt 175 Nummern) sich bemüht, die Resultate der modernen Funktionsuntersuchungen zu beschreiben und dieselben mit den Resultaten der landläufigen klinischen Unter-

suchungsmethoden zu vergleichen und weiterhin mit Hilfe der operativen Befunde und des postoperativen Zustandes der Pat. die Entscheidung der Frage über die klinische Brauchbarkeit der modernen Untersuchungsmethoden festzustellen.

Somit beschäftigt sich Verf. zuerst mit der Kryoskopie (des Blutes und des Urins), ferner mit der Harnstoffbestimmung und schließlich mit der Zuckerbestimmung nach Phloridzin.

Den Verf. in seiner Kritik über die fundamentalen Theorien der hierher gehörigen Fragen zu folgen, kann natürlich nicht die Aufgabe eines Referats sein; enthalten doch die ersten Teile der Arbeit der Hauptsache nach — allerdings kritische — Referate der hierher gehörigen Literatur. Ebensowenig kann die aus 41 wohlbeobachteten Fällen bestehende Kasuistik hier eine nähere Besprechung finden; Ref. beschränkt sich, die hauptsächlichsten Schlüsse, zu denen Verf. gelangt ist, wiederzugeben.

Hinsichtlich der Blutkryoskopie:

Der Gefrierpunkt des Blutes bei gesunden Menschen zeigt bedeutend größere Schwankungen als man bisher angenommen hat; es sind Schwankungen von — 0,519° bis — 0,584° beobachtet; man kann somit nicht von einem Normalwert oder von einer Standartzahl sprechen; keine typische Veränderung von δ ist nachweisbar als Folge von Mahlzeiten gewöhnlicher Zusammensetzung und Größe. Der Durchschnittswert des Verf. ist — 0,551°, ein Umstand, den Verf. seiner Technik zuschreibt, die alle Anforderungen mit berücksichtigt, die sonst eine zu starke Depression bewirken.

Eine »normale« osmotische Konzentration schließt nicht aus, daß allgemeine Symptome einer Funktionsstörung (Urämie) vorkommen können; noch schließt sie ein doppelseitiges Nierenleiden aus.

Eine vermehrte osmotische Konzentration gestattet nicht, ohne Ausnahmen ein doppelseitiges Leiden oder eine Funktionsstörung der Nieren zu folgern.

Die Ausdrücke vermehrte osmotische Konzentration, Niereninsuffizienz und doppelseitiges Leiden decken einander nicht.

Vermehrte osmotische Konzentration ($\delta =$ — 0,60 oder niedriger) kontraindiziert nicht notwendigerweise Nephrektomie. (Zwei Krankengeschichten, betreffend Pat. mit einseitiger Affektion, erhärten diese Behauptung.) Auch doppelseitiges Leiden mit vermehrter Konzentration verbietet die Nephrektomie nicht; vielmehr ist eine solche indiziert, wenn angenommen werden kann, daß die Affektion der einen Niere die Funktionsstörung der anderen (und vielleicht dabei auch die Konzentrationsvermehrung) unterhält. (Allgemeine Intoxikation, Reflexwirkung.)

Die von autoritativer Seite aufgestellte Behauptung, daß normale osmotische Konzentration ($\delta =$ — 0,56° bis — 0,59°) eine Nephrektomie gestatte, hat keine allgemeine Gültigkeit.

Ebenso wie Verf. bestreitet, daß ein »normales« δ ein Zeichen der Suffizienz der Nieren sei, ist er außerstande zu behaupten, daß

die Insuffizienz der Nieren sich notwendigerweise als eine abnorm starke Depression der δ verraten müsse.

Hinsichtlich der vergleichenden Funktionsuntersuchung:

Durch Einführung der Harnstoffbestimmung, der Gefrierpunktsbestimmung und der Zuckerausscheidung nach Phloridzin in die funktionelle Nierendiagnostik erreichen wir nicht die Sicherheit, ein absolutes Maß der Arbeit einer jeden Niere zu bekommen. Die Zahlenwerte sind zur Vergleichung nicht brauchbar, obschon es sich oft zeigt, daß die kranke Seite die niedrigsten Werte gibt. Beispiele werden angeführt, wo die verschiedenen Bestimmungsmethoden einander widersprechen.

Selbst wenn nur die eine Niere sicher erkrankt ist, kann doch die andere auffallend niedrige Werte für Ü, Δ und Sacch. zeigen — besonders auffallend für Sacch. Zuweilen scheiden die Nieren einen anderen reduzierenden Körper aus, der Pentosereaktion gibt.

Ref. muß sich auf die Mitteilung dieser Behauptungen des Verf. beschränken; aus denen so viel hervorgeht, daß die Arbeit eine vorwiegend negierende und kritisierende ist. Ihre Bedeutung für den skandinavischen Leser wird sie immer behalten, so lange die Funktionsprüfungen über ihre Sturm- und Drangperiode noch nicht hinausgekommen sind. Alles in allem stellt sie ein beträchtliches Stück nüchterner Kritik dem Enthusiasmus der Funktionsdiagnostik gegenüber; sie verwirft nicht dieselbe, aber sie stellt die altbekannten chemischen und mikroskopischen Untersuchungsmethoden wieder in den Vordergrund.

Eine zuverlässige Methode, die Arbeitsfähigkeit der Nieren exakt abzuschätzen, stellen die besprochenen Methoden somit nicht dar; ob die Zukunft eine solche entdecken werde, oder es bleiben soll, was es jetzt ist — ein pium desiderium? — will Verf. nicht prophezeien, so ungefähr lautet sein abschließendes Urteil.

Hansson (Cimbrishamn).

---

16) **H. Ziesché. Über den klinischen Wert der Kryoskopie von Blut und Harn.** (I. Literarisch-kritischer Teil.)

(Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie 1905. Hft. 8.)

Auf Grund von 640 Arbeiten gibt Verf. ein ausgezeichnetes Sammelreferat über den klinischen Wert der Kryoskopie von Blut und Harn. »Überblicken wir die bisher bekannten Tatsachen — sagt Verf. am Schluß —, so sehen wir, daß sowohl die Unrecht haben, die der Kryoskopie von Blut und Harn jeden Wert absprechen, als auch jene, die sie kritiklos über die anderen chemischen und physikalischen Untersuchungsmethoden erheben. Wir erblicken in ihr eine wertvolle Ergänzung unseres klinischen Rüstzeuges und glauben, daß weitere Arbeit auf diesem Gebiete noch schöne Erfolge zeitigen wird.«

Paul Wagner (Leipzig).

---

17) **Loumaigne.** Urétérites et pyélites.

(Revue de française de méd. et de chir. 1905. Nr. 34.)

Aus L.'s umfassender Studie geht folgendes hervor: Entzündungen des Harnleiters und des Nierenbeckens sind besonders bei Frauen häufige Erkrankungen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist eine frühzeitige und sichere klinische Diagnose möglich, so daß man der Niereninfektion vorbeugen kann. Die ersten Symptome einer Ureteropyelitis bestehen in der direkten Feststellung des entzündeten, harten und schmerzhaften Harnleiterstranges durch Tastung durch die Bauchdecken hindurch oder von der Scheide aus; zweitens finden sich als erste Anzeichen charakteristische Miktionsstörungen, nämlich eine — besonders in der Nacht auftretende — Pollakiurie. Bezeichnend ist auch der Paraumbilikalschmerz; er sitzt in einer durch den Nabel gehenden wagerechten Linie am Außenrande des M. rectus und in derselben senkrechten Linie wie der Mc Burney'sche Punkt, jedoch 2—3 cm oberhalb desselben. Schließlich vermag die Scheidenuntersuchung oft den sog. Harnleiter-Blasenreflex hervorzurufen, ein für die Pyelitis kennzeichnendes Symptom. **Mohr** (Bielefeld).

---

18) **Richards.** Growths of the kidney and adrenals.

(Guy's hospital reports 1905. Vol. LIX.)

Eingehende Studie über den obigen Gegenstand, der 70 Fälle zugrunde liegen. Die ausländische Literatur ist fleißig benutzt. Die Arbeit ist durch gute Abbildungen illustriert und mit einem über 200 Nummern fassenden Literaturverzeichnis versehen.

Engelmann (Dortmund).

---

19) **M. Askanazy** (Königsberg). Die Dermoidcysten des Eierstocks, ihre Geschichte, ihr Bau und ihre Entstehung, sowie ihre Beziehung zu verwandten pathologischen Bildungen. (Bibliotheca medica. Abteilung C. Hft. 19.) Mit 6 Taf. u. 1 Textfig. VII, 116 S. 4°.

Stuttgart, **E. Nägele,** 1905. ℳ 32.—.

A., welcher seit vielen Jahren über die Ovarialdermoide ausgedehnte Untersuchungen angestellt hat, bringt in seiner Monographie eine breit angelegte, umfassende Zusammenstellung aller bisher bekannten Einzelheiten, die er an der Hand seiner reichen Erfahrungen ordnet und zu einem Ganzen vereinigt.

Der erste Abschnitt schildert die Anschauungen früherer Beobachter über das Wesen der Eierstocksdermoide. Er geht weit über den gewöhnlichen Rahmen einer historischen Einleitung hinaus, ist knapp, klar geschrieben und läßt zunächst nur den Eingeweihten vermuten, welche Unsumme von Lesearbeit zur Bildung dieses so rasch orientierenden Extraktes aus der großen Menge früherer Arbeiten und Aufsätze notwendig war. Der Leser kommt mühelos rasch in den

Kampf der Anschauungen hinein und versteht den kritisierenden Passus am Schlusse der Einleitung. In diesem zieht A. die Folgerungen, welche vorhanden sein müßten nach dieser oder jener Theorie. Er verspricht gewissermaßen durch indirekte Beweisführung an der Hand seines Dermoidmaterials die Theorien auf ihren positiven oder negativen Wert zu prüfen. Die nun folgenden makroskopisch-mikroskopischen Untersuchungen über zehn Dermoidgeschwülste des Eierstocks bieten eine Fülle des Wissenswerten und dürften auch den Nichtfachmann interessieren. Die Zusammenfassung der zehn Untersuchungen (in Serienschnitten!) gibt dem Verf. Veranlassung zur Aufstellung folgender Thesen:

I. Alle Ovarialdermoide enthalten im wesentlichen ausgewachsene Gewebe.

II. Fötale Gewebstypen sind nur vereinzelt vorhanden, und dann durch Bildungshemmung oder Atrophie entstanden zu denken.

III. Noch nie ist bei einer Frau im extra-uterinen Leben eine Dermoidcyste des Eierstocks mit ausschließlich fötalen Geweben gesehen worden. Also hat noch niemand ein Dermoid in der Entwicklung während des extra-uterinen Lebens angetroffen. Auch ein ganz kleines Dermoid kann recht alt, so alt wie seine Trägerin sein.

IV. Die meisten Ovarialdermoide enthalten Produkte dreier Keimblätter. Die selteneren, einfacher gebildeten Ovarialdermoide lassen sich durch partielle oder umfangreichere Entwicklungsstörungen desselben Bildungsmaterials, oder durch Untergang bereits geschaffener Produkte erklären.

V. Es gibt außerhalb der Keimdrüsen Dermoide mit Produkten dreier Keimblätter und einem eigenen Nervensystem, welche, wie die Dermoide im Mediastinum anticum, auf verirrte Teile der Genitaldrüsen bzw. ihrer Anlage nicht zurückgeführt werden können.

Im zweiten Hauptteil bringt A. die Beschreibung von drei soliden Teratomen, die er mit den anderen bekannten 20 Fällen aus der Literatur auf eine Tabelle vergleichend gruppiert.

Als wesentlichen Unterschied der Teratome gegenüber den cystischen Dermoiden lassen sich bei den soliden Teratomen das rasche Wachstum, die unbegrenzte Proliferation, vor allem aber der embryonale Gewebstypus und die Möglichkeit der Metastasierung hervorheben.

In der These VI sagt somit mit Recht A.: »man hat noch nie ein solides Teratom ohne fötale Gewebsstrukturen beobachtet (embryonale Teratome!)«.

Verf. vergleicht nun die Ovarialdermoide mit den als Foetus inclusus allgemein angenommenen Geschwülsten anderer Körperstellen und findet an [illegible]

These VII, daß [illegible] zwischen den Ovarialdermoiden und den inkludierten Föten keine scharfe Grenze zu ziehen ist;

These VIII, daß [illegible] wie im Ovarium auch anderswo im Körper triebfähige Keime schlummern können, welche im späteren extra-uterinen Leben zu einem embryonalen Teratom auswachsen können.

A. bekennt offen, daß die Anschauung Pfannenstiel's von der ovulogenen Entstehung der Keimdrüsendermoide für ihn sehr wahrscheinlich wäre, falls wir nur solide Teratome von embryonalem Gewebstypus kennen würden. Da aber einerseits die cystischen Dermoide gleichaltrige Gewebe aufweisen, wie sie die Trägerin selbst besitzt, da andererseits auch außerhalb der Keimdrüsenregion Teratome von gleichartigem, dreikeimblättrigem Typus sich finden, so wird die Annahme eines schlummernden Keimes für alle Geschwulstgruppen mit besonders reichem Keimplasmaanteil wahrscheinlicher. Es muß jedoch, wie Pfannenstiel hervorhebt, ein tiefer Zusammenhang zwischen Eierstock, bzw. Hoden und den mit Vorliebe hier lokalisierten Dermoiden bestehen.

Näher als die Annahme Bonnet's von der Versprengung der Metameren in die Keimzone läge die Annahme Fischel's: »Da ja die Keimzellen wirklich auf einer mehr direkten Keimbahn vom Keimplasma abstammen als andere Zellen, so fragt es sich, ob nicht gerade Blastomeren dieser Deszendenz besonders zur Bildung von derartigen Geschwülsten geeignet wären. Mit anderen Worten: Man braucht nur die Annahme zu machen, daß die Metameren undifferenzierte Ureier sein können, so stimmen Pfannenstiel und Bonnet überein. Vielleicht sind auch nur die in Frage kommenden Metameren durch eine gewisse Affinität in gleichsam verwandtem Keimdrüsenbezirk besonders gehäuft.

Zum Schluße schlägt A. vor, die Nomenklatur nicht zu verändern, um keine Verwirrung in die Literatur zu bringen. Er will die Nomenklatur: Embryome oder Bidermome — Tridermome usw. nicht annehmen, sondern kennt nur:

a. Epidermiscysten (ohne sonstige Attribute der Haut),
b. Dermacysten (reine Hautcysten) und
c. echte Dermoidcysten (mit zwei bzw. drei Keimblättern).

Die Arbeit stellt einen Eckstein in der Dermoidforschung dar. Wer seit Jahren, wie Ref., über das vorliegende Thema fortgesetzt arbeitet und die Schwierigkeiten, die einschlägige Literatur zu verfolgen, kennt, wird dem Verf. ganz besonders dankbar sein für die so klare, erschöpfende Behandlung der Literatur und für die freie, vorurteilslose Beurteilung, welche die einzelnen kontrastierenden Anschauungen gefunden haben.

Kroemer (Gießen).

---

20) **M. Hofmeier** (Würzburg). Grundriß der gynäkologischen Operationen. 4. Aufl. Mit 234 Abbildungen und 2 Tafeln. XII, 590 S. Lex.-8.

Wien, **Fr. Deuticke,** 1905. ℳ 16.—.

Die bekannte H.'sche Operationslehre ist in ihrer vierten, bedeutend erweiterten Auflage ein Zeichen von der fortschreitenden technischen Ausbildung der operativen Gynäkologie. Das Buch ist nun in der jetzt vorliegenden Form, wie es auch in der Absicht des



Verf.s liegt, ein wichtiges Orientierungswerk für den Fachmann geworden, da es — in knapper Kürze gehalten — gerade trotz der kompendiösen Form auf den Grenzgebieten von Chirurgie und Gynäkologie jeden erwünschten Aufschluß gibt. Erfreulicherweise sind mit dem Text die Zeichnungen und Illustrationen vermehrt und verbessert worden, wodurch das Studium der einzelnen Kapitel sehr erleichtert wird. Die topographisch-anatomische Einteilung des Stoffes scheint dem Ref. ein entschiedener Vorzug. Sie vermeidet Wiederholungen.

H. ist bei dem Operationstisch von Knoke-Dressler geblieben. Das Instrumentarium ist relativ einfach. Der Leser wird durch Wort und Bild mit den verschiedenen Nadelhaltern von Hegar, Burckhard, Hagedorn und Kurz bekannt gemacht. Bei der Besprechung des Nahtmateriales wird besonders die Zubereitung des Catguts (Voemel, Dronke) erörtert. Dann folgt ein breites Kapitel, welches der Desinfektion, der Anti— und Asepsis, den Vorbereitungen des Nahtmateriales, des Verbandes usw. und des Operationsgebietes selbst gewidmet ist. Die Gummihandschuhe und ihre Behandlung werden gebührend gewürdigt. Zur Narkose empfiehlt H. den Chloroform-Sauerstoffapparat von Wohlgemut oder Roth-Draeger.

Die Wundnaht ist mit besonderer Gründlichkeit beschrieben und bringt für den Anhänger der *Schichtennaht mit versenkten Catgutknopfnähten und oberflächlichen Silkworm- (Silberdraht-) Nähten* viel Übereinstimmendes.

Auch die Glühhitze und Heißdampfbehandlung in der Gynäkologie haben ihr Kapitel erhalten.

Der Behandlung der Blase soll vor und nach der Operation eine erhebliche Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Nunmehr schildert H. die einzelnen Eröffnungsverfahren der Bauchhöhle. Laparotomie und Kolpoköliotomie mit und ohne Hilfsschnitt werden registriert und in gleicher Unparteilichkeit geschildert. Der Pfannenstiel'sche Fascienquerschnitt wird beschrieben und für postoperative Narbenhernien empfohlen.

Den Bildungsanomalien und ihrer operativen Behandlung hat H. schon früher — ebenso auch an dieser Stelle — eine erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt.

Von den nächsten Kapiteln gefielen dem Ref. besonders die reich illustrierten Spalten über die Technik der Dammplastik. Ganz besonders auch die Technik der Urinfisteloperationen. Eine gänzliche Umänderung und Vervollständigung haben die Kapitel über die Entfernung des myomatösen und karzinomatösen Uterus erfahren. Radikale und konservative Operationen bei Myom werden erschöpfend geschildert; doch wird mit Recht das konservative Verfahren nicht bevorzugt oder empfohlen, vielmehr stark eingeengt. Die erweiterte Freund'sche abdominale Radikaloperation des Uteruskrebses nimmt — wie begreiflich — einen breiten Raum ein. Dieses Kapitel ist besonders gelungen.

Es würde zu weit führen, auf alle Kapitel näher einzugehen.



Ref. möchte nur noch betonen, daß gerade die ausführliche Behandlung der bei den Operationen möglichen Nebenverletzungen (Urin- und Darmfisteln usw.) und ihrer Folgen das Buch besonders wertvoll machen und ihm in der Hausbibliothek eines jeden Frauenarztes einen bleibenden Platz sichern.

Kroemer (Gießen).

---

21) **Döderlein-Krönig.** Operative Gynäkologie. Mit 182 Abbildungen und einer Tafel. XV, 612 S. Lex.-8.

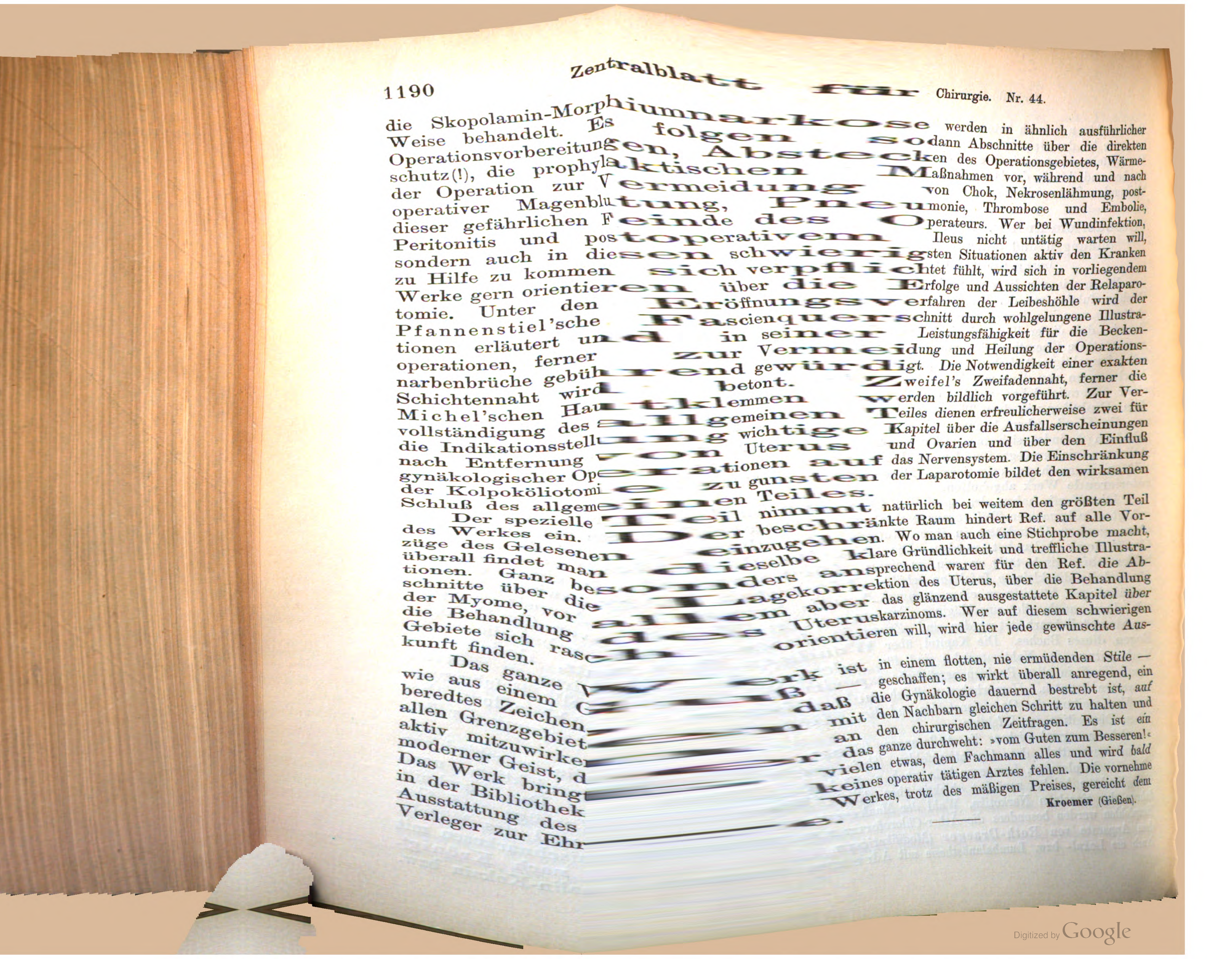
Leipzig, **Georg Thieme,** 1905. Geb. *M* 21.—.

Wenn bis vor kurzem noch betont wurde, daß die deutsche Buchproduktion von den Werken des Auslandes für Druck und Ausstattung manches lernen müsse, so ist das vorliegende Werk ein Beweis, daß dieser Vorwurf nicht mehr berechtigt ist. Die glänzend ausgestattete Operationslehre von D. und K. hat in Fachkreisen dasselbe berechtigte Aufsehen erregt, wie seiner Zeit die geburtshilflichen Vorlesungen von Bumm. Es fehlte bisher in der Gynäkologie an einer Operationslehre, welche dem Lehrenden wie dem Lernenden, dem Praktiker wie dem Theoretiker, Lehrbuch und Atlas zugleich an die Hand geben konnte. Vieles von den modernen Errungenschaften befindet sich in der Tagesliteratur zerstreut oder in teuren Atlanten niedergelegt, für den Praktiker schwer erreichbar, wenn es gilt, sich rasch zu orientieren. Diesem Mangel ist durch das zu referierende Werk abgeholfen.

Die Verff. haben der speziellen Operationslehre einen breit angelegten allgemeinen Teil vorausgeschickt, in welchem die allgemeinen chirurgischen Grundsätze in ihrer Nutzanwendung für die operative Gynäkologie behandelt werden. Die Notwendigkeit, als Geburtshelfer chirurgisch tätig zu sein, zu einer Zeit und in einem Gebiete, für welche die kleinste Infektion erhöhte Bedeutung gewinnt, hat den Gynäkologen früzeitig zu einer strengen Anti- bzw. Asepsis genötigt; wie denn auch alle einschlägigen Fragen gerade von Gynäkologen experimentell bearbeitet worden sind. Zeugnis davon geben die ersten Bogen dieses Buches. Die Kapitel über Wundschutz, Desinfektion, Vorbereitung des Nahtmateriales sind für jeden Chirurgen wertvoll, zumal Verff. in allen Punkten persönliche experimentelle Erfahrungen verwerten konnten. Hervorheben muß ich auch die Abhandlung über die Vorbereitung des Operationsfeldes und die Herabsetzung der örtlichen Disposition zur Infektion.

Sehr anregend wirken die Äußerungen über die verschiedenen Beleuchtungsmittel des Operationsfeldes (Spiegelprojektion nach Krönig, Stirnlampen, Lampenspekula nach v. Ott). Der Abschnitt über Narkose belehrt zunächst objektiv über die Vorzüge und Gefahren der einzelnen Narkotika, Wahl der Masken und des Mittels. Empfohlen werden besonders die Äther-Chloroformmischnarkosen mit dem Apparate von Roth-Draeger (Modifikation nach Krönig). Auch die Lokal- bzw. Lumbalanästhesie mit Adrenalin-Kokain bzw.





die Skopolamin-Morphiumnarkose werden in ähnlich ausführlicher Weise behandelt. Es folgen sodann Abschnitte über die direkten Operationsvorbereitungen, Absteckungen des Operationsgebietes, Wärmeschutz(!), die prophylaktischen Maßnahmen vor, während und nach der Operation zur Vermeidung von Chok, Nekrosenlähmung, postoperativer Magenblutung, Pneumonie, Thrombose und Embolie, dieser gefährlichen Feinde des Operateurs. Wer bei Wundinfektion, Peritonitis und postoperativem Ileus nicht untätig warten will, sondern auch in diesen schwierigsten Situationen aktiv den Kranken zu Hilfe zu kommen sich verpflichtet fühlt, wird sich in vorliegendem Werke gern orientieren über die Erfolge und Aussichten der Relaparotomie. Unter den Eröffnungsverfahren der Leibeshöhle wird der Pfannenstiel'sche Fascienquerschnitt durch wohlgelungene Illustrationen erläutert und in seiner Leistungsfähigkeit für die Beckenoperationen, ferner zur Vermeidung und Heilung der Operationsnarbenbrüche gebührend gewürdigt. Die Notwendigkeit einer exakten Schichtennaht wird betont. *Zweifel's* Zweifadennaht, ferner die *Michel*'schen Hautklemmen werden bildlich vorgeführt. Zur Vervollständigung des allgemeinen Teiles dienen erfreulicherweise zwei für die Indikationsstellung wichtige Kapitel über die Ausfallserscheinungen nach Entfernung von Uterus und Ovarien und über den Einfluß gynäkologischer Operationen auf das Nervensystem. Die Einschränkung der Kolpoköliotomie zu gunsten der Laparotomie bildet den wirksamen Schluß des allgemeinen Teiles.

Der spezielle Teil nimmt natürlich bei weitem den größten Teil des Werkes ein. Der beschränkte Raum hindert Ref. auf alle Vorzüge des Gelesenen einzugehen. Wo man auch eine Stichprobe macht, überall findet man dieselbe klare Gründlichkeit und treffliche Illustrationen. Ganz besonders ansprechend waren für den Ref. die Abschnitte über die Lagekorrektion des Uterus, über die Behandlung der Myome, vor allem aber das glänzend ausgestattete Kapitel *über die Behandlung des Uteruskarzinoms*. Wer auf diesem schwierigen Gebiete sich rasch orientieren will, wird hier jede gewünschte Auskunft finden.

Das ganze Werk ist in einem flotten, nie ermüdenden Stile — wie aus einem Guß — geschaffen; es wirkt überall anregend, ein beredtes Zeichen, daß die Gynäkologie dauernd bestrebt ist, *auf allen Grenzgebieten mit den Nachbarn gleichen Schritt zu halten und aktiv mitzuwirken an den chirurgischen Zeitfragen*. Es ist *ein moderner Geist*, der das ganze durchweht: »vom Guten zum Besseren!« Das Werk bringt vielen etwas, dem Fachmann alles und wird *bald in der Bibliothek keines operativ tätigen Arztes fehlen*. Die vornehme Ausstattung des Werkes, trotz des mäßigen Preises, gereicht dem Verleger zur Ehre.

Kroemer (Gießen).

22) **Crile.** A new operation for hernia of the pelvic floor (procidentia) with report of a case.

(Buffalo med. journ. 1905. September.)

C. empfiehlt für schwere Fälle von vollkommener Hernie des Beckenbodens und starkem Vorfall sämtlicher Beckeneingeweide folgende Operation: Laparotomie in Trendelenburg'scher Beckenlagerung, nach Exstirpation des Uterus, Spaltung der Scheide in zwei seitliche Hälften, Ablösung der Scheide von der Blase. Hierauf wird beiderseits 4 cm von der Mittellinie entfernt ein Einschnitt durch die Bauchfascie, den Rectus und das Bauchfell gemacht; durch diese Öffnung werden nun beiderseits die Endigungen der Scheidenstümpfe und der Stümpfe der breiten Bänder mitsamt den anliegenden Beckenbändern durchgezogen, was bei der hochgradigen Erschlaffung und Verlängerung dieser Teile leicht gelingt. Sodann wird der Medianschnitt bis auf die Haut geschlossen, und nun die beiden durchgezogenen Zipfel der Scheiden- und Bandendigungen über der Fascia externa in der Mittellinie fest vereinigt, darüber die Haut vernäht.

Aus der vorstehenden Beschreibung erhellt, daß ein derartiges Vorgehen nur bei sehr hochgradiger Erschlaffung des Beckeninhaltes möglich' und die Operation daher nur bei sehr schweren Fällen angezeigt ist.

Während C. nach den gebräuchlichen Operationsmethoden 25% Rückfälle hatte, blieben acht nach obigem Verfahren Operierte bisher gesund. Die Mortalität war = 0. Folgender Fall wird genauer berichtet:

Ältere Frau mit einem im Stehen fast bis zu den Knien reichenden ovalgeformten Vorfall der Scheide, Gebärmutter, der breiten Bänder, des Mastdarmes, der Blase und eines beträchtlichen Teiles des Dünndarmes. Zunächst ausgedehnte Scheiden- und Dammplastik, Rückfall nach 4 Monaten. Daher vaginale Hysterektomie mit Fixation der Ligamenta lata und rotunda am Scheidenstumpf, Rückfall nach 6 Monaten. Hierauf wurde das oben beschriebene Verfahren angewendet. In den ersten Monaten nach der Operation unangenehmes Gefühl von Ziehen an der Bauchwandnarbe, seit mehr als 3 Jahren kein Rückfall, trotzdem Pat. an chronischem Husten leidet und ihren Haushalt andauernd besorgt.

Mohr (Bielefeld).

Kleinere Mitteilungen.

23) **B. Lönnqvist.** Chirurgische Erfahrungen aus dem russisch-japanischen Kriege.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLVII. p. 477.)

Obschon die zivilisierte Welt es kaum vermutet hätte — in Anbetracht der Hintansetzung der konstitutionellen Verhältnisse Finnlands von seiten der russischen Alleinherrschaft —, erachtete jedoch die finnländische Vereinigung für die Pflege der verwundeten und kranken Krieger es als ihre Pflicht nach Kräften ihre Hilfe zu leisten. Die Ambulanz, die unter der Leitung Verf.s stand, zählte vier Ärzte, einen Intendant, fünf Schwestern und sieben Sanitäre und wurde in Guntschulin in der Mandschurei, vom 29. Juni bis 17. November, stationiert. Während der ge-



nannten Zeit wurden [illegible] 49 Pat. behandelt; im Maximum pro Tag 65; durchschnittlich 41,2% bei 40 Bet[illegible]ten. Unter den Behandelten wurden 120 nach Charbin evakuiert; 43 wurden als [illegible]geheilt wieder zur Front gesandt; die Mortalität war 36.

Die Kasuistik bri[illegible]gt eine Anzahl interessanter Verwundungen. Verf. hebt die humane Wirkung der [illegible] *Kleingewehrgeschosse, besonders bei Lungenverletzungen,* hervor. Die penetrier[illegible]en*den Bauchschüsse geben eine um so bessere Prognose, je* längere Zeit zwischen [illegible]d*er letzten Nahrungsaufnahme* und der Verletzung vergangen war. Die Soldaten, b[illegible]bei *welchen der Ausgang* ein günstiger war, hatten in den letzten 15 Stunden vo[illegible]r *der Verwundung* nichts gegessen.

Der Arbeit sind [illegible] ein Verzeichnis der ausgeführten Operationen und einige Röntgenphotographie[illegible]n (Frakturen und Fremdkörper) beigefügt.

Hansson (Cimbrishamn).

24) **Frida Kaiser.** [illegible] Zur Kenntnis der primären Muskeltuberkulose.

(v. La[illegible]ngenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 4.)

Verf. gibt eine Zu[illegible]sammenstellung aller bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle von Muskeltube[illegible]rkulose, deren Zahl noch eine geringe ist. Sie fügt diesem literarischen Studium [illegible]einen Fall eigener Beobachtung hinzu, bei dem es sich mit Bestimmtheit um eine [illegible] analoge Erkrankung im Muskelgebiete des Gastroknemius, Glutaeus maximus un[illegible]d Palmaris longus der linken Seite handelte. Irgendwelche Tuberkulose im Berei[illegible]che der Gelenke und Knochen ließ sich weder klinisch noch bei der Autopsie nach[illegible]weisen. Tuberkulöse Herde älterer Natur fanden sich nur in der linken Lungensp[illegible]itze und Vena jugularis sinistra, außerdem bestand Miliartuberkulose. Die er[illegible]ste sichere Beobachtung der tuberkulösen Muskelabszesse fiel in frühere Zeit zurüc[illegible]k, ca. $^1/_2$ Jahr vor dem Tode.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

25) **Bombes de Vi**[illegible]**iers.** Tétanos spontané, a frigore, d'origine pneumococcique.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 92.)

In der Ponce[illegible]schen Klinik wurde ein 42jähriger Mann beobachtet, der 48 Stunden nach st[illegible]er Durchnässung mit allen Zeichen des Tetanus erkrankte, ohne irgendeine Ve[illegible]tzung am Körper aufzuweisen. Pat. hustete, der Auswurf enthielt sehr reichli[illegible] Pneumokokken, aber keine Tetanusbazillen. Bei der Sektion fand sich nur ein n[illegible]großer Gangränherd am Hilus der rechten Lunge und eine Aortitis acuta in g[illegible]nger Ausdehnung. Die sorgfältige bakteriologische Untersuchung (Dor) wies [illegible]neumokokken, aber keine Tetanusbazillen nach.

Verf. ist geneig[illegible] den Tetanus, wie das von anderen Autoren schon vielfach geschehen ist, als S[illegible]ptomkomplex anzusehen, der bald durch den Nicolaier-schen Bazillus, bald [illegible]urch andere Bakterien hervorgerufen werden kann. Im vorliegenden Falle wär[illegible]das »tetanisierende Gift« von den Pneumokokken geliefert.

V. E. Mertens (Breslau).

26) **Axhausen.** [illegible]ber lokalen Tetanus beim Menschen.

(Deutsc[illegible] Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 265.)

A. knüpft an ei[illegible]en einschlägigen Fall aus der Kieler Klinik an. Ein 12jähriger Junge, der ein [illegible]am Göpel gehendes Pferd an der Leine hat, stolpert und wird von der in der linke[illegible] Hand gehaltenen Leine verletzt: Rißhautwunden an Hand und Fingern, außer[illegible]em Oberarmfraktur, Abschürfungen usw. Bei gutem Wundheilungsverlaufe zei[illegible]t sich am 13. Tage Hyperämie und Ödem bei der Wunde, sowie Zuckungen im [illegible] linken Arme. 15. Tag: Zurückgehen der lokalen Wundreaktion, Zunahme der [illegible]uckungen, die, plötzlich eintretend, der Reihe nach folgende maximale Kontrakti[illegible]onen veranlassen: Adduktion in der Schulter, Oberarminnenrotation, Überstreck[illegible]ung des Ellbogens, Beugung und Pronation im Handgelenke, Fingerbeugung im [illegible]rundgelenke. Rascher Zuckungsverlauf von ca. einer Sekunde Gesamtdauer. Stei[illegible]gerung der Reflexe, Ausbildung von Starre im linken Arme.

Erstes Fühlbarwerden des vorderen Masseterrandes bei Betastung vom Munde her. 31. Tag: Höhepunkt allgemeiner Starre, komplette Starre des linken Armes in extremer, dem Typ der Zuckungen entsprechender Stellung bei völliger Beweglichkeit des rechten Armes. 36. Tag: Beginn der Lösung der allgemeinen Starre; lokale Starre unverändert. 50. Tag: Lösung des allgemeinen Tetanus beendet. Beginn der Lösung der Starre des linken Armes. 57. Tag: Fortschritt der Lösung im linken Arme. Kontrakte Stellung (Rose's Stadium ankyloticum). 80. Tag: Noch geringer Kontrakturgrad. Schließlich völlige Genesung. Dem eigenen Falle reiht A. zehn analoge aus der Literatur an.

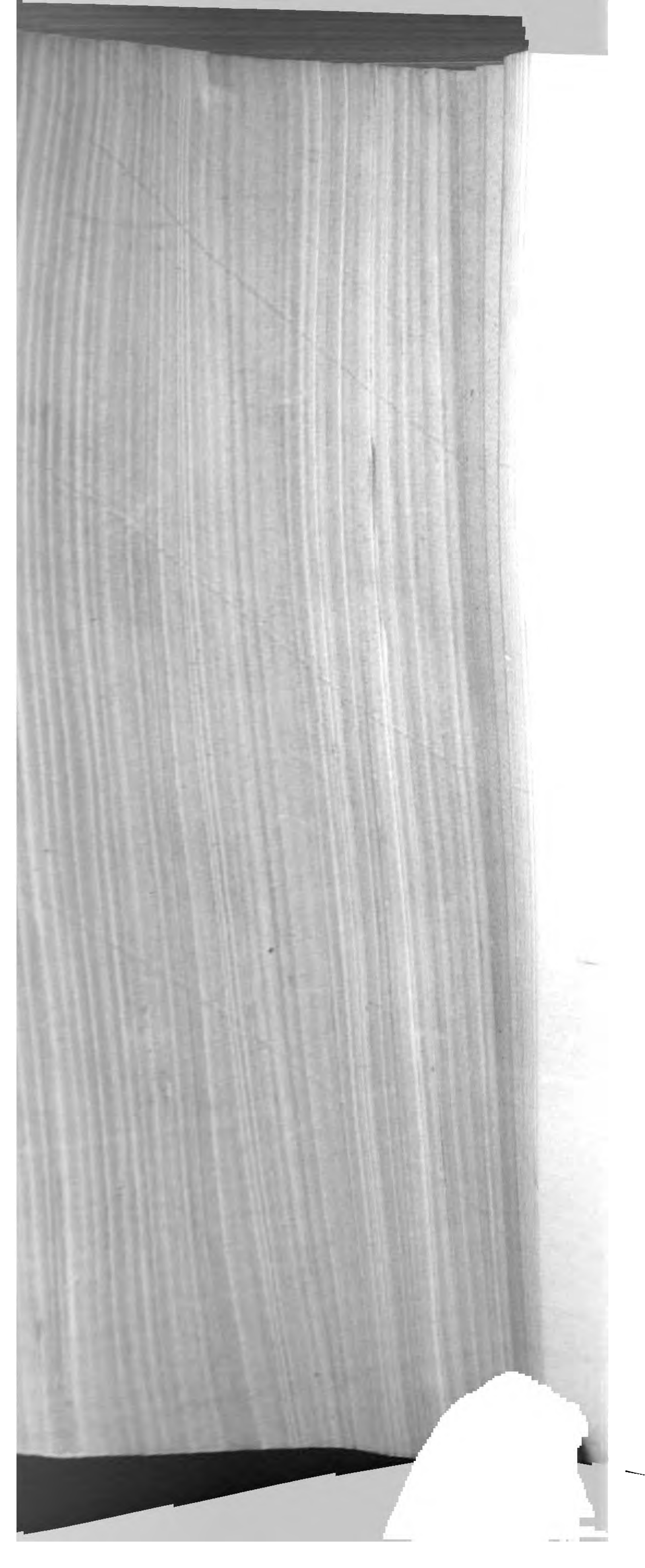
Epikritisch wird die theoretische Erklärung dieser vom gewöhnlichen Krankheitsbilde des Tetanus, wenigstens beim Menschen, abweichenden Erkrankung durchsprochen. Bei Versuchstieren, wenigstens kleineren, ist das Auftreten solcher lokalen Starren die Regel, beim Menschen ist sie nur bei Gesichtsverletzungen, als sogenannter Kopftetanus, häufiger. Man könnte annehmen, daß die Kürze der Nervenbahnen hier von Belang ist; denn bei größeren Versuchstieren, Pferd, Esel, ist der Tetanus ähnlich wie der gewöhnliche Tetanus beim Menschen (Vorwiegen der Allgemeinkrämpfe). Bei kurzen Bahnen stößt das Toxin, das stets zunächst die Nervenbahnen zum zentralen Weiterwandern benutzt, so rasch auf das Zentralorgan, und zwar zuerst auf das den durchwanderten Bahnen entsprechende Rückenmarkssegment, daß die Inkubationszeit für den generalisierten, von der Blutresorption abhängigen Tetanus noch nicht abgelaufen ist. Im übrigen passen auch die Fälle lokaler Gliederstarre durchaus in die moderne Theorie des Tetanus: Nervenleitung des Toxins, Einwirkung desselben auf die motorischen Zellen des zugehörigen Rückenmarkssegmentes, beides begründet gedacht durch eine spezifische Affinität des Toxins zu den nervösen Organen. Nur kann der mit lokalen Starren einhergehende Tetanus ausschließlich bei besonders langsamem Verlaufe der ganzen Erkrankung zustande kommen. Demgemäß sind das verhältnismäßig prognostisch günstige Fälle, was die Daten der von A. gesammelten Kasuistik bestätigen: von den 12 Fällen gelangten 11 zur Heilung. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

27) **Bernhard.** Therapeutische Verwendung des Sonnenlichtes in der Chirurgie.

(Sonderabdruck a. d. Zeitschrift für diätet. u. physikal. Therapie 1905/06. Bd. IX.)

B. berichtet im Anschluß an seine früheren Veröffentlichungen (cf. ds. Blatt 1904 Nr. 3 und Nr. 11) über weitere Erfolge mit der örtlichen Sonnenbehandlung, wie er sie bei chirurgischen Affektionen in seinem im Engadin 1750 m über dem Meere gelegenen Hospitale durchführt, also unter den günstigsten klimatischen Verhältnissen. Trotzdem im Engadin die chirurgische Tuberkulose sonst gar nicht selten ist, kommt dort kein Lupus vor; die im Verhältnis zur Ebene viel intensivere Insolation im Hochgebirge übt wohl einen Einfluß auf das Zustandekommen und den Heilungsverlauf des Lupus aus. Ein von auswärts stammender schwerer Fall von Gesichtslupus zeigte nach 9monatiger Behandlung mit einfachem Sonnenlicht ein sehr erfreuliches Resultat. Weitere Beweise der direkten bakteriziden Sonnenwirkung sah B. in der raschen Ausheilung von Furunkeln, Panaritien und Phlegmonen, überhaupt von Entzündungen durch Streptokokkeninfektion. Bei einem Falle von lebensbedrohenden Anfällen von Hämaturie besonnte B. nach teilweiser transvesikaler Entfernung der tuberkulösen Prostata das Blaseninnere während einiger Wochen, Hämaturien traten nicht mehr auf, auch keine Zeichen einer Blasentuberkulose. Ob eine bakterizide Wirkung bei geschlossener, oberflächlich liegender Tuberkulose von Drüsen, Gelenken und Knochen stattfindet, oder ob die durch Insolation erzielten günstigen Resultate mehr nur auf der Wirkung der Wärmestrahlen (lokaler Hyperämie) beruhen, ist noch nicht zu entscheiden; jedenfalls kann die Bestrahlung eine starke örtliche Temperaturerhöhung zur Folge haben. Die raschere Überhäutung granulierender Wunden bei Insolationsbehandlung kürzte bei der Nephropexie nach Kocher die Heilungsdauer gegen früher um fast die Hälfte ab. Große und tiefe Taschenwunden schlossen sich durch rascheres Sichanlegen und Verkleben der Haut mit den tieferen Gewebsschichten





bald, Transplantatio[illegible]en werden durch die austrocknende Wirkung der Bestrahlung sehr erleichtert. Di[illegible] günstige Wirkung auf Wunden beruht nach B. nicht nur auf der Eintrocknung; [illegible]er Eintrocknungsprozeß *ist ein viel intensiverer unter dem* gleichzeitigen Einflu[illegible] der Sonne, und außerdem spielen bei der Besonnung noch andere Faktoren mi[illegible]t, welche die trockene Luft allein nie ersetzen kann. B. behandelt primäre und [illegible] Operationswunden geschlossen, dagegen offen mit Insolation und Austrocknung s[illegible]ekundäre Wunden verschiedenster Art. Große Drüsenabszesse und sogenannte kalte [illegible] Abszesse wurden stets breit geöffnet und die Abszeßhöhlen dann sofort intensiv [illegible]besonnt; eine sekundäre Infektion trat nie ein, die Ausheilung erfolgte stets rasche[illegible]er als bei den früheren Methoden (Jodoforminjektion usw.). 4 Abbildungen.

Mohr (Bielefeld).

28) O. Bernhard[illegible] • Offene Wundbehandlung und Transplantation.

(Deutsch[illegible]e *Zeitschrift* für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 574.)

Die von B. geü[illegible]bte offene Wundbehandlung granulierender Wunden unter Benutzung der Insolati[illegible]on, zu welcher in B.'s Wohnort, Samaden im Engadin, gute Möglichkeit geboten [illegible]ist, ist den Lesern unseres Blattes aus den Mitteilungen p. 87 und 326 vorigen Jah[illegible]rganges bekannt. Vorliegende kleine Arbeit rühmt besonders die Einwirkung des S[illegible]onnenlichtes auf Hauttransplantationen. Die Läppchen werden direkt auf die dur[illegible]ch Sonnenbestrahlung getrocknete Granulationsfläche aufgelegt und sind unter weit[illegible]erer Sonneneinwirkung schon nach 1/4 Stunde merklich fest verklebt. Als Belag di[illegible]ent ein Fall, in dem es gelang, die hautberaubte Grundphalanx eines Fingerstumpfe[illegible]s wieder zu behäuten. Die Krause'schen Läppchen waren 15 Tage nach ihrer [illegible]Aufpflanzung und nach 27 Besonnungsstunden fest angewachsen. Übrigens begün[illegible]stigt die Besonnung den Überhäutungsprozeß an Granulationswunden sehr, und [illegible]auch vermehrter und verstärkter Haarwuchs ist an lange besonnten Hautstelle[illegible]n öfters bemerkbar.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

29) H. Heineke[illegible] Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstra[illegible]hlen auf das Knochenmark, nebst einigen Bemerkungen über die Röntge[illegible]ntherapie der Leukämie und Pseudoleukämie und des Sarkoms.

(Deuts[illegible]che Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 196.)

Soweit die E[illegible]xperimente H.'s die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Knochenmark betr[illegible]effen, hat der Autor auf dem Chirurgenkongreß von 1905 Vortrag gehalten, und [illegible]kann an dieser Stelle auf seinen diesbezüglichen Selbstbericht in unserem Blatte, [illegible]Beilage zu Nr. 30, p. 7 verwiesen werden. Bei leukämischen und pseudoleukämi[illegible]schen Erkrankungen können, wie klinisch erprobt, die Röntgenstrahlen ganz ähnli[illegible]che Wirkungen auf die Leukocyten hervorbringen, wie im Tierexperimente. Doc[illegible]h ist ihre Wirksamkeit in den Einzelfällen sehr ungleich, und auch dort, wo sie [illegible]deutlich zu Tage tritt, sind bislang noch keine wirklichen Heilungen konstatierba[illegible]r gewesen. Bei der myeloiden Leukämie ist die Zerstörung der Leukocyten durch [illegible]die Röntgenbestrahlung ein fast konstanter Vorgang, aber die hierdurch erzielten [illegible]Veränderungen sind nicht von Dauer und die gebesserte Krankheit macht rasche R[illegible]ezidive. Bei den pathologischen Wucherungen des lymphoiden Gewebes, gleichviel [illegible]ob leukämischen oder pseudoleukämischen Ursprunges, ist die Wirksamkeit der R[illegible]öntgenstrahlen eine höchst ungleiche, und erweist sich ein ziemlich großer Prozen[illegible]tsatz solcher Fälle den Strahlen gegenüber als unbeeinflußbar. So wurde in zwei [illegible]Fällen vielfacher Drüsenschwellungen der Leipziger Klinik einmal ein rapides Versch[illegible]winden derselben, das andere Mal gar keine Wirkung beobachtet. Dem entsprach der [illegible] mikroskopische Befund: dort Kernzerfall und Phagocytose im lymphoiden Geweb[illegible]e, hier keinerlei Änderung an den Zellen. Im ganzen scheinen nur die weichen, ly[illegible]mphocytenreichen, schnell wachsenden Drüsenschwellungen der Röntgentherapie zu[illegible]gänglich. Verändert wird in jedem Falle nur das vorhandene lymphoide Gewebe [illegible]bzw. Zellenmaterial, das ätiologische Agens der Krankheit bleibt

unalteriert. H. meint, daß dabei es sich immer um eine Einwirkung, und zwar eine Kontaktwirkung der Strahlen auf die Lympho- oder Leukocyten handelt, sei es, daß sie im kreisenden Blute, sei es, daß sie in den blutbildenden Organen stattfindet. Die Theorie, daß durch die Bestrahlung im Blut Toxine gebildet würden, welche ihrerseits sekundäre Wirkungen veranlassen könnten, lehnt er ab.

Von der Wirkung der Röntgenbestrahlung auf Sarkomgewebe gibt ein Fall von Rundzellensarkom der Mamma aus der Leipziger Klinik einen bemerkenswerten Beweis. Die Geschwulst war 5 Stunden vor ihrer Exstirpation $^1/_2$ Stunde mit harter Röhre aus 10 cm Entfernung bestrahlt. Im mikroskopischen Präparate der Geschwulst fanden sich ganz analoge Veränderungen, wie am lymphoiden Gewebe bestrahlter Tiere: über Kernzerfall und Kerntrümmer, Phagocyten nur ganz vereinzelt. (Vgl. eine schöne kolorierte Abbildung.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

30) **S. E. Pfahler** (Philadelphia, P.). A case of chronic pyogenic onychitis cured by the X-ray.

(Journ. of cutan. diseases including syphilis 1905. August.)

Ein Fall von chronischer eitriger Entzündung des Fingernagels, innerhalb 20 Jahren fünfmal rezidivierend. Jedes Rezidiv bestand durchschnittlich immer 1 Jahr. Darreichung von Jod und Quecksilber und lokale Applikation von Sublimat erfolglos. Heilung unter Röntgenbestrahlung nach 3 Monaten. Kultur und Deckglaspräparate des Eiters ergaben nur Staphylokokken.

Urban (Breslau).

31) **A. Exner** und **K. Sywek.** Weitere Erfahrungen über die Wirksamkeit des Cholins.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 521.)

Nachdem bereits früher festgestellt worden, daß Cholininjektionen in die Hoden von Versuchstieren ähnliche Veränderungen bewirken wie Röntgen- oder Radiumbestrahlungen, sind von den Verff. weitere Versuche über die Wirksamkeit des Cholin gemacht. Experimentell wurde Katzen, Kaninchen und Ratten 1—$2^1/_2$%ige Cholinlösung zu 2 ccm und mehr teils in die Bauchhöhle, teils zwischen die Mesenterialblätter injiziert; in einer Versuchsreihe wurde Katzen die Lösung auch in die Muskulatur der Extremitäten injiziert. Das Resultat bestand regelmäßig darin, daß unter Ausbleib jeglicher Lokalreaktion an der Injektionsstelle die regionären Lymphdrüsen und bei den Bauchinjektionen die Milz eine Degeneration und Verkleinerung mit Einbuße an lymphoidem Gewebe zeigten. Dazu Kernzerfall der Lymphocyten und Pigmentbildung. Die Veränderungen am lymphoiden Gewebe sind also im ganzen ähnliche wie die von Heinecke durch Röntgenbestrahlung an Tieren nachgewiesenen, und erscheint der Versuch, erkrankte Lymphdrüsen mit Cholin zu beeinflussen naheliegend. Einstweilen haben Verff. in der Hochenegg-schen Klinik in Wien Injektionen in inoperable Geschwülste versucht in im ganzen fünf Fällen, wobei wiederholt 2%ige Lösung in Quantität einiger Kubikzentimeter eingespritzt wurde. Der Erfolg bestand ziemlich regelmäßig in Erweichung der Geschwülste, der teilweise Ulzeration und Gangrän folgte. Von dem Resultate der mikroskopischen Untersuchung sind Degenerationserscheinungen an den Karzinomzellen bei Unversehrtheit des Bindegewebes hervorzuheben, also ähnliche Vorgänge, wie die Röntgen- und Radiumbehandlung bei Geschwülsten hervorruft.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) **O. v. Frisch.** Verstümmelung des Genitale durch Biß in frühester Jugend.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 14. April 1905.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

An dem 15jährigen Knaben fehlen Penis und Skrotum. Auf der linken Seite ist kein Samenstrang zu fühlen. In der Linea alba, drei Querfinger über der Sym-



physe, ist eine Öffnu[illegible]g, aus der ein linsengroßer Schleimhautwulst hervorragt. Dieser ist an seinem f[illegible]eien Ende verhornt und entspricht offenbar dem Ende des noch erhaltenen Corpu[illegible] cavernosum. Knapp daneben dringt beim Urinieren der Harn hervor, welcher [illegible]in kräftigem Strahle gelassen wird. Von diesem Orificium externum gegen den [illegible]amm zu tastet man die ganz normale Harnröhre. Dem Hodensack entsprechen[illegible]d ist die Haut nicht ausgesackt, sondern flach und glatt und deutlich als Rest [illegible]der Skrotalhaut zu erkennen. In der rechten Unterbauchgegend fühlt man eine [illegible]kleine eiförmige Geschwulst, die dem diesseits nicht herabgestiegenen Hoden ent[illegible]sprechen dürfte.

Eigentümlich ist d[illegible]ie Art der Entstehung. Ein Hund, mit welchem Pat. im Alter von 6 Monaten a[illegible]llein in einem Zimmer eingesperrt war, soll ihm Penis und Skrotum abgefressen h[illegible]aben. Ein Arzt vernähte die Wunde, welche in 14 Tagen glatt geheilt sein soll.

Bißwunden des Ge[illegible]enitale sind selten. Wasiliew hat bis 1899 14 derartige Fälle gesammelt, doch [illegible]ist nur eine so hochgradige Verletzung darunter, wie die hier beschriebene.

Hübener (Dresden).

33) **M. Brod.** Über plastische Deckung großer Hautdefekte am Penis und Skrotum (sog. Schindung), sowie am Fuße.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 379.)

Bei einem 16jährigen Jüngling gelang es, eine Schindung des Penis und des Skrotum durch eine Plastik mittels gestielter Lappen von der Innenseite des Oberschenkels zur Deckung zu bringen.

Ein anderer Pat. erlitt durch das Auffallen eines Felsblockes einen fast vollständigen Verlust der Haut in der Fersengegend, auf der Fußsohle und am Fußrücken. Der große Hautdefekt wurde mit gutem Erfolge teils durch große, gestielte Wanderlappen aus der Haut des anderen Unterschenkels, teils durch Krause'sche Lappen gedeckt.

M. v. Brunn (Tübingen).

34) **Moszkowicz** und **Stegmann.** Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen. (Aus dem Rudolfinerhaus in Wien-Döbling. Dr. Gersuny).

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 29.)

Nachdem bereits [illegible]rch Tonsey ein erfolgreicher Versuch gemacht worden, vom Mastdarm aus d[illegible] tuberkulös erkrankte Prostata mit Röntgenstrahlen zu behandeln, ist dieses Ve[illegible]hren, das wegen der bekannten Reaktion der epithelialen Gewebe auf Röntgenst[illegible]len und wegen des Lezithingehaltes der Prostata Günstiges versprach, von den [illegible]ff. in sechs Fällen von Prostatahypertrophie angewandt worden. Es wurde d[illegible]u ein Kelly'sches Proktoskop von ca. 9 cm Länge eingeführt und mittels He[illegible]flasterstreifen am Damm und Kreuzbein befestigt, die Umgebung mit Bleigumm[illegible] abgedeckt und nun die Bestrahlung mit Gundelach'schen Röhren (Seifert'sche[illegible] Stativ) bei 40 cm Abstand des Röhrenfokus von der äußeren Öffnung des Proktosk[illegible]s vorgenommen. Im ganzen genügten 2—3 Sitzungen in Pausen von 2—3 Wo[illegible]en, um eine Verkleinerung der Prostata und damit bald — außer im ersten Fa[illegible] — eine wesentliche Besserung der Urinentleerung zu erreichen. Die Veränder[illegible]gen an der Prostata traten sehr rasch ein, sie wurde weicher und druckempfindlich[illegible]ie bestrahlte Darmschleimhaut blieb dagegen unverändert. — Vielleicht infolge R[illegible]orption chemisch wirksamer Bestandteile aus den zerfallenen Epithelien der Drüse [illegible]der veranlaßt durch die Aufregung der Kur kam es bei drei Pat. zu stenokardischen Anfällen und großer Hinfälligkeit.

Kramer (Glogau).

35) **Rebentisch.** [illegible]ie radikale Heilung der durch Prostatahypertrophie bedingten Harnver[illegible]altung mittels Prostatectomia suprapubica totalis. (Aus de[illegible] Stadtkrankenhaus zu Offenbach a. M.)

(Mü[illegible]chener med. Wochenschrift 1905. Nr. 31.)

R., welcher die o[illegible]en angegebene Operation in vier genauer mitgeteilten Fällen mit günstigstem Erfol[illegible]e sowohl in bezug auf den Verlauf der Wundheilung, als

auch hinsichtlich der späteren Blasenfunktion ausgeführt hat, beschreibt sein Vorgehen, das die Freyer'schen Vorschläge zur Grundlage hat. Die Ausschälung der vom Mastdarm aus hervorgedrängten Drüse war nicht schwierig, wenn zwischen der äußeren Kapsel und dem glatten Überzug der Prostata vorgedrungen wurde; nur am vorderen Ende beider Seitenlappen war zuweilen die Durchtrennung der festen derben Stränge (Lig. pubo-prostatic.) mit der Schere notwendig. R. legte nach vollständiger Blutstillung durch Spülungen mit heißer Kochsalzlösung durch die Blasenwunde, Blase und Harnröhre einen dicken Gummischlauch ein, der dem Blasengrunde entsprechend an drei Stellen ausgiebig gelocht wurde, nähte ihn im oberen Wundwinkel der Blasenwunde wasserdicht ein, verschloß die letztere und die tamponierte und drainierte Bauchwunde mit Nähten und das aus dieser hervorragende Ende des Schlauches mit einem Stöpsel. Sobald kein Blut mehr durch den Schlauch entleert wurde, also nach ca. 3—6 Tagen, wurde dieser durch einen dicken Nélatonkatheter ersetzt und letzterer etwa Ende der 3. Woche ganz fortgelassen. —

R. hält die suprapubische Operation bei großen Geschwülsten und in den Fällen geeignet, in welchen der Katheterismus vor der Operation nicht ausgeführt werden kann oder Unklarheit über den Befund nach Erschöpfung aller Untersuchungsmethoden bestehen bleibt. Kleine, harte fibröse Geschwülste erfordern wegen der Schwierigkeit der Auslösung von oben her perineales Vorgehen, das auch bei der Schrumpfblase empfehlenswert ist und bei sehr fettreicher Bauchwand in Betracht kommen kann. **Kramer** (Glogau).

36) **F. M. Johnson.** Cystoscopy and renal lavage.

(New York med. record 1905. May 20.)

Der Zweck der vorliegenden Abhandlung besteht darin, an der Hand von verschiedenartigen, durch Auswaschung der Nierenbecken anscheinend günstig beeinflußten Fällen die Lokalbehandlung mittels des Harnleiterkatheterismus zu empfehlen. Verwendet wurde $1/2 - 1\%$iges Protargol in warmer Borsäurelösung, aber auch andere Medikamente, meist einmal wöchentlich. Die zur Genüge bekannte instrumentelle Technik des Harnleiterkatheterismus ist mit Illustrationen erklärt. Das Cystoskop von Brown, bei dem Optik und Kathetermechanismus isoliert herausgezogen werden können, und die Hülse mit Lampe zuerst mittels Obturator eingeführt wird, wird besonders hervorgehoben. Eine genaue Beurteilung, wie weit die als Nephritis, Pyelitis, Lithämie und Oxalurie bezeichneten Krankheitszustände durch genannte Lokaltherapie, und wie weit durch interne Medikation gebessert wurden, ist aus den Krankheitsberichten schwer zu gewinnen.

Loewenhardt (Breslau).

37) **W. Ayres.** Lavage of the renal pelves in the treatment of Bright's disease.

(Med. news 1905. July 1.)

Verf. unterscheidet streng zwischen beginnender Nephritis und parenchymatöser Degeneration einerseits und ausgesprochener parenchymatöser wie interstitieller Nephritis andererseits.

Von Erkrankungen der ersteren Kategorie hat er 46 Fälle mit Nierenbeckenspülung behandelt. Der Erfolg bestand in dem Verschwinden des Albumens und der korpuskulären Elemente. Die längste Behandlungsdauer bis zum Verschwinden dieser Symptome betrug 11 Wochen.

Alle diese Fälle betrafen noch keine ausgesprochene Nephritis und lediglich Erkrankungen aszendierender Natur. Doch gerade hierin erblickt Verf. den hohen Wert der Methode: die Möglichkeit, eine beginnende Nephritis zu kupieren.

Von vorgeschrittenen parenchymatösen und interstitiellen Nephritiden wurden 12 mit Ausspülung des Nierenbeckens mit folgendem Resultate behandelt: drei chronisch parenchymatöse Nephritiden wurden merklich, zwei leichte interstitielle etwas gebessert. Sieben Fälle ausgesprochener interstitieller Nephritis wurden nicht günstig beeinflußt. **Hofmann** (Heidelberg).



38) G. E. Brewer. A report of eighty-four operations on the kidney and ureter.

(New York med. record 1905. February 18.)

Von den 84 Nieren- und Harnleiteroperationen B.'s fallen 75 auf die letzten 5 Jahre. Der Einfluß der modernen diagnostischen Methoden ist daraus ersichtlich. Außer dem Harnleiterkatheter wird der Segregator von Harris verwandt, neben der Kryoskopie gelegentlich die Methylenblaumethode.

Die Kasuistik bietet manches Interessante. Eingehend wird die Differentialdiagnose der Steinniere besprochen.

27 Nephrotomien mit 8 Todesfällen, ebensoviel Nephrektomien mit einem Todesfall, 9 Nephrorrhaphien, 10 Aushülsungen an 5 Pat. mit 2 Todesfällen, 6 Eingriffe wegen Trauma mit einem Todesfall und 5 Eingriffe am Harnleiter ohne unglücklichen Ausgang.

Verf. betont, daß [illegible] multiple septische Blutinfarkte auch eine Seite betreffen können und dann die Nephrektomie das beste Heilmittel sei, wofür zwei Beispiele angeführt werden. Au[illegible]ch alle Fälle von schwerer Seitenkontusion mit Hämaturie sollen unmittelbar operiert werden. **Loewenhardt** (Breslau).

39) Kapsammer. Mehrfache Nierenoperationen an derselben Patientin.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 31. März 1905.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 14.)

An der 38jährigen Pat. wurden in dem Zeitraume von etwa 4 Jahren folgende sechs Operationen ausgeführt:

1) Pyosalpinx gigantea, die beide Tuben in sich aufgenommen hatte und in die Blase perforiert war. Exstirpation mit Resektion der Blasenkuppe. 2) Harnblasen-Bauchdeckenfistel, Fisteloperation. 3) Rechtsseitiger Nierenabszeß, rechtsseitige Nephrotomie. 4) Pyonephrosis calculosa sinistra, linksseitige Nephrotomie. 5) Pyonephrosis calculosa dextra, zweite rechtsseitige Nephrotomie. 6) Fistula et calculosis renis dextrae, rechtsseitige Nephrektomie, Heilung.

K. hatte nur die letzte Nierenoperation ausgeführt. **Hübener** (Dresden).

40) A. Jenkel. Zur Kasuistik der tödlichen reflektorischen Anurie beim Menschen nach Nephrektomie wegen einseitiger Nierentuberkulose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 594.)

J. exstirpierte in der Göttinger Klinik einer 54jährigen Frau die rechte tuberkulöse Niere. Alsbald folgte Anurie und nach fünftägigem Anhalten solcher der Tod. Bei der Sektion zeigte sich die linke Niere wohl etwas vergrößert, aber übrigens makro- wie mikroskopisch völlig normal. Es konnte sich also nur um eine Reflexanurie gehandelt haben.

Der Arbeit ist eine etwas tendenziöse Spitze gegen die Zuverlässigkeit der funktionellen Nierendiagnostik gegeben. Vor der Operation war kryoskopisch die ganz normale Funktionstüchtigkeit der linken Niere festgestellt — und doch versagte diese nach der Entfernung der kranken Niere!

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

41) M. Schmidt. Dekapsulation und Stichelung der Niere wegen viertägiger Anurie nach Scharlach. Herstellung der Diurese. Genesung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 296.)

Der 6jährige Knabe hatte einen mittelschweren Scharlach durchgemacht, währenddessen der entleerte Urin stets spärlich und konzentriert, aber nur einmal etwas eiweißhaltig, [illegible]er Appetit und die Allgemeinstimmung stets mangelhaft gewesen war. Eintritt der Anurie während der Desquamation. Nach viertägigem Andauern derselben, die zu leichten Ödemen und urämischer Nausea geführt hatte, wird in Narkose die rechte Niere enthülst und mit einer Trommelfellnadel ca. 1/2 Dutzend mal [illegible] 1 cm tief gestichelt. Schon drei Stunden danach Entleerung

von 200 ccm hellgrünen blassen Urins, der nur minimale Mengen Eiweiß und morphotischer Elemente enthält. Dauernde Sekretion hellen reichlichen, bald ganz normal sich verhaltenden Urins nebst sofortiger Besserung von Appetit und Allgemeinzustand. Abgesehen von einer hinzutretenden, leicht ablaufenden Otitis glatte komplette Genesung.

Die bloßgelegte Niere sah sehr dunkel aus, war aber nicht stark gespannt und fühlte sich in der Kapsel pflaumenweich an. Die Abstreifung der Kapsel ging fast ohne Blutung vor sich, und auch bei den Stichelungen blutete es nur minimal. Wenn also überall die Genesung der Operation zu danken ist — und hieran zweifelt der Autor nicht —, kann das Wiederflottwerden der Nierenfunktion nicht durch eine Entspannung der überspannten Niere (Harrison usw.) eingeleitet sein. Möglich, daß die Operation durch die Trennung oder Dehnung von nervösen, besonders sympathischen, zur Niere gehörigen Fasern und Geflechten vasomotorischer oder sekretorischer Art lebensrettend geworden ist. (Selbstbericht.)

42) **W. J. Pulley.** The treatment of renal inadequacy complicated by an apparent nephritis.

(New York med. record 1905. June 24.)

P. ist der Ansicht, daß chronische Nephritis durch keine Art von Lokalbehandlung oder rein chirurgische Eingriffe geheilt werden könne, daß aber einzelne Symptome dieses Leidens, welche die Folge des erhöhten inneren Nierendruckes sind, durch Nierenaushülsung gebessert werden können.

Das Verfahren, mit dem Verf. eine Reihe von Nierenstörungen behandelte, bestand in Auswaschung der Nierenbecken mit warmer $^1/_{10}$—$^1/_2$%iger Höllensteinlösung (außerdem Ruhe und Diät). Die Besserung bei vier Fällen von anscheinend wahrer Nephritis wird dieser Behandlung zugeschrieben, dabei aber zugestanden, daß mit der Lokalbehandlung auch unzweifelhafte Verschlimmerungen, besonders bei der chronischen interstitiellen Form beobachtet wurden. — Zwei weitere Fälle betreffen Gonorrhoiker mit Albumen und anscheinend vorausgegangenen aufsteigenden Entzündungsprozessen, bei welchen der Erfolg vielleicht durch die mechanische Lösung gewisser Stauungsverhältnisse erklärt werden kann.

Die Erklärung für die günstige Wirkung der Nierenbeckenwaschungen, auch bei manchen wahren Nephritiden wird vom Verf. in der »Entfernung der Produkte, welche einen Reiz ausüben« und dann wieder in »reflektorischen Einflüssen gesucht«.

Loewenhardt (Breslau).

43) **Unger.** Beiträge zur Lehre vom Hermaphroditismus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 13.)

An einer in der v. Bergmann'schen Klinik verstorbenen 37jährigen Pat. konnte folgender Befund erhoben werden: Äußere Genitalien: Statt der Clitoris findet sich ein dem kindlichen Penis ähnliches Gebilde von Haselnußgröße mit einer Hypospadie ähnlichen narbigen Einziehung. In diesem Gebilde fühlt man keine festen Teile, es ist von Epidermis überzogen. Hymen von annulärer Form mit linsengroßer Öffnung, die kleinen Labien fehlen. Die Harnröhre, $2^1/_2$ cm lang, buchtet sich mit der hinteren Wand in die Scheide ein, die einen walnußgroßen Blindsack darstellt. In ihrer Tiefe sieht man eine stecknadelkopfgroße Öffnung, durch die die Sonde noch mehrere Millimeter in die Tiefe dringt. Innere Genitalien: Beiderseits ein Hoden, Nebenhoden und ungestielte Hydatide, beiderseits ein Müller'scher Gang vom Leistenkanale bis zum Beginne der Scheide reichend; beide sind nicht miteinander verschmolzen. Der Gebärmutterkörper entspricht dem späteren Fundus uteri. Es handelt sich um einen Uterus didelphys mit rudimentärer Ausbildung. Nur der distale Teil der Müller'schen Gänge ist vereinigt. Die Wolff'schen Gänge, die beim Weibe regulär nicht vorhanden sind, höchstens als Gartner'sche Kanäle persistieren, bestehen hier in größerer Ausdehnung, und zwar im distalen Abschnitt. Es handelt sich also um einen Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus ext. et int. s. completus.



Die Untersuchun[illegible] eines 27jährigen Individuums, welches sich vorstellte, ergab: Männlicher Habitus. [illegible] Penis 6 cm lang, nicht von der Harnröhre durchbohrt, er hat auf der Unterfl[illegible]che eine flache Rinne aus Schleimhaut von 2½ cm Breite. Skrotum gespalten, l[illegible]ßt sich in der Mittellinie auseinanderklappen. Seine Wülste umschließen Harnröh[illegible]re und After; der Damm fehlt. Harnröhre und After sind nur durch dünne Sch[illegible]leimhautfalte getrennt. In jeder Hodensackhälfte Hoden zu fühlen, rechts mit de[illegible]tlichem Nebenhoden. Nach dem klinischen Befunde liegt eine hochgradige Hyposp[illegible]adie peniscrotalis und ein Anus urethralis vor. Ob Pseudohermaphroditismus b[illegible]esteht, will Verf. nicht entscheiden. Pat. war bis zu[illegible] 17. Jahr als Küchenmädchen tätig.

Langemak (Erfurt).

44) **M. Mayer.** [illegible] Unvollständige Doppelbildung des unteren Körperendes, Sinus uroge[illegible]enitalis und Nabelbruch bei einem 16jährigen Knaben.

(Ze[illegible]itschrift für Medizinalbeamte 1905. Hft. 18.)

M. teilt den Befu[illegible]nd eines als 16jähriger Knabe verstorbenen Individuums mit. Er war als drittes K[illegible]ind einer kinderreichen Familie mit einer linksseitigen Hüftverrenkung, einem N[illegible]abelschnurbruch, einem überzähligen Bein und einer auffälligen Spalte in der Schamg[illegible]egend geboren. Das überzählige, aus Unterschenkel, Fuß und vier Zehen bestehen[illegible]e Bein war amputiert worden. Der Harn wurde, nachdem einige Tage nach de[illegible] Geburt mit einer Sonde die häutige Verklebung der Harnröhre gelöst war, du[illegible]ch den Penis gelassen. Der Tod erfolgte an Herzinsuffizienz.

An der Leiche f[illegible]nd sich der Brustkorb von männlichem Typus, ohne Mammae. Der linke innere Kn[illegible]chel stand infolge der Hüftverrenkung um 8 cm höher als der rechte. Am rechten [illegible]Oberschenkel saß die Narbe von der amputierten überzähligen Extremität, 14 cm v[illegible]n der oberen inneren Begrenzungslinie entfernt. Der Nabelbruch war etwa vo[illegible]n Kindskopfgröße; daneben bestand bedeutende Diastase der Recti.

Etwa 6 cm un[illegible]r dem Nabelbruch befinden sich in der Mittellinie, mit der Kuppe nach rechts [illegible]en abweichend, ein behaarter Schamberg und darunter eine Längsspalte he[illegible]n zwei Wülste, die Form und Aussehen großer Schamlippen haben. In der Sp[illegible]e stößt man beim Abtasten auf glatte, feuchte, glänzende Schleimhaut, in der [illegible] hinteren Partien man weiter auf einen Kotgang kommt, der sich 2 cm nach ob[illegible] verfolgen läßt. In der Decke der Höhle findet sich eine 3 cm lange, horizon[illegible] von links hinten nach vorn und rechts verlaufende knöcherne Spange. Die Höhle[illegible]uß als Sinus urogenitalis angesprochen werden, die knöcherne Spange als zweiter [illegible]hter horizontal verlaufender Schambeinast. Aus der Höhle soll während des Le[illegible]ns Stuhl nie, Urin nur in den ersten Lebenstagen ausgetreten sein.

In der linken K[illegible]perhälfte, ziemlich weit von der Mittellinie entfernt, liegt ein 4 cm langer Penis m[illegible] Eichel, Harnröhrenöffnung und einem nur einen Hoden enthaltenden Hodensac[illegible] ohne Raphe. Der dem Penis entsprechende Schamberg ist wenig fetthaltig und [illegible]icht behaart.

Zwei von der S[illegible]e aufgenommene Photographien veranschaulichen die äußeren Verhältnisse. Die [illegible]ktion der Leiche war nicht gestattet worden, was um so bedauerlicher ist, als [illegible] sich hier um einen äußerst seltenen Fall von Hermaphroditismus gehandelt ha[illegible].

E. Moser (Zittau).

Originalmitt[illegible]ilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und V[illegible]erlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

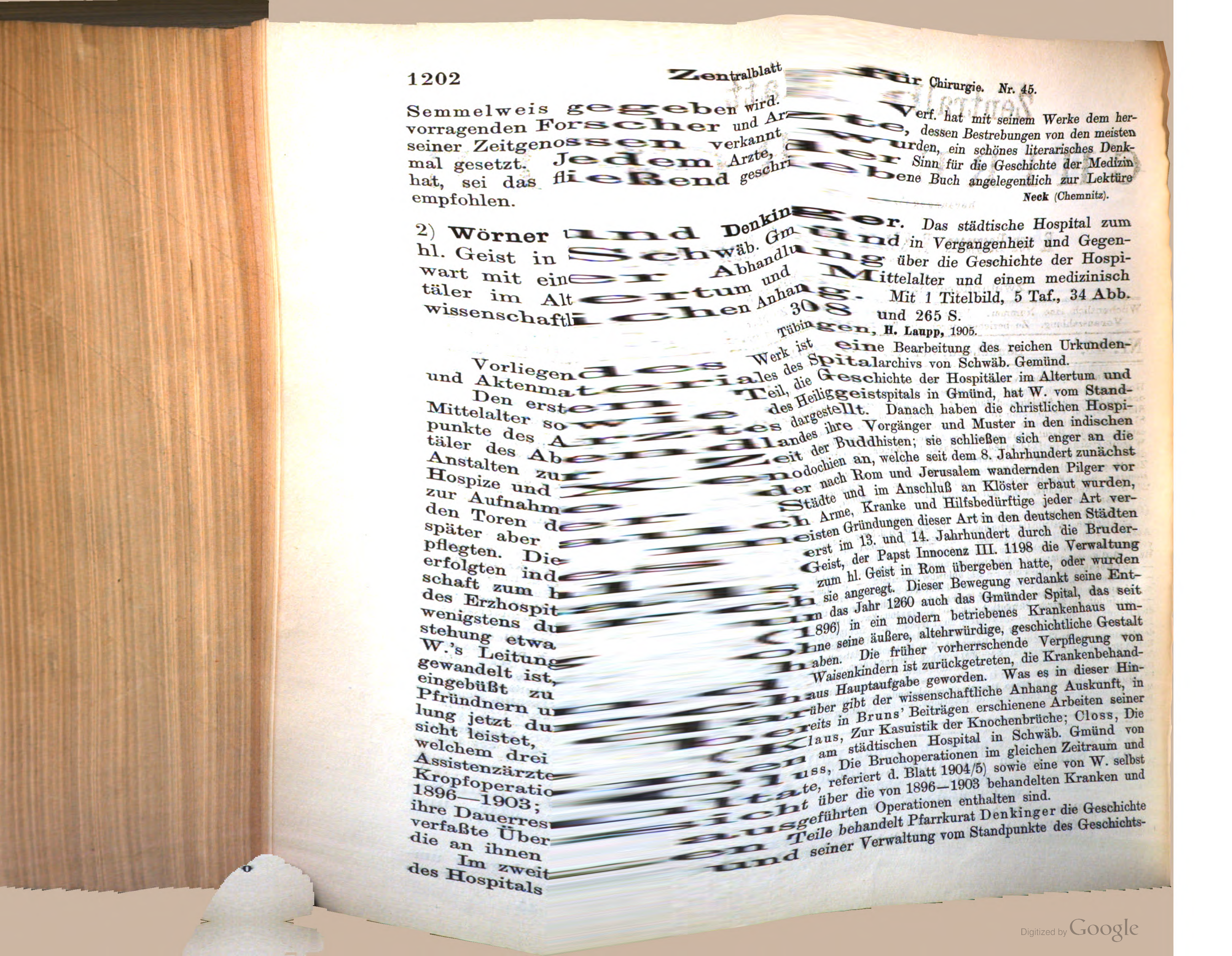
Nr. 45. Sonnabend, den 11. November. 1905.

---

1) **F. Schürer v. Waldheim.** Ignaz Philipp Semmelweis. Sein Leben und Wirken. Urteile der Mit- und Nachwelt. 256 S.

Wien, **A. Hartleben's** Verlag, 1905.

Hier liegt ein Werk vor, in welchem unter Zugrundelegung umfassender Quellenstudien ein ausführliches Lebensbild von Ignaz



Semmelweis gegeben wird. Verf. hat mit seinem Werke dem hervorragenden Forscher und Arzte, dessen Bestrebungen von den meisten seiner Zeitgenossen verkannt wurden, ein schönes literarisches Denkmal gesetzt. Jedem Arzte, der Sinn für die Geschichte der Medizin hat, sei das fließend geschriebene Buch angelegentlich zur Lektüre empfohlen.

Neck (Chemnitz).

2) **Wörner und Denkinger.** Das städtische Hospital zum hl. Geist in Schwäb. Gmünd in Vergangenheit und Gegenwart mit einer Abhandlung über die Geschichte der Hospitäler im Altertum und Mittelalter und einem medizinisch wissenschaftlichen Anhang. Mit 1 Titelbild, 5 Taf., 34 Abb. 308 und 265 S.

Tübingen, H. Laupp, 1905.

Vorliegendes Werk ist eine Bearbeitung des reichen Urkunden- und Aktenmaterials des Spitalarchivs von Schwäb. Gmünd.

Den ersten Teil, die Geschichte der Hospitäler im Altertum und Mittelalter sowie des Heiliggeistspitals in Gmünd, hat W. vom Standpunkte des Arztes dargestellt. Danach haben die christlichen Hospitäler des Abendlandes ihre Vorgänger und Muster in den indischen Anstalten zur Zeit der Buddhisten; sie schließen sich enger an die Hospize und Xenodochien an, welche seit dem 8. Jahrhundert zunächst zur Aufnahme der nach Rom und Jerusalem wandernden Pilger vor den Toren der Städte und im Anschluß an Klöster erbaut wurden, später aber auch Arme, Kranke und Hilfsbedürftige jeder Art verpflegten. Die meisten Gründungen dieser Art in den deutschen Städten erfolgten indes erst im 13. und 14. Jahrhundert durch die Bruderschaft zum hl. Geist, der Papst Innocenz III. 1198 die Verwaltung des Erzhospitals zum hl. Geist in Rom übergeben hatte, oder wurden wenigstens durch sie angeregt. Dieser Bewegung verdankt seine Entstehung etwa um das Jahr 1260 auch das Gmünder Spital, das seit W.'s Leitung (1896) in ein modern betriebenes Krankenhaus umgewandelt ist, ohne seine äußere, altehrwürdige, geschichtliche Gestalt eingebüßt zu haben. Die früher vorherrschende Verpflegung von Pfründnern und Waisenkindern ist zurückgetreten, die Krankenbehandlung jetzt durchaus Hauptaufgabe geworden. Was es in dieser Hinsicht leistet, darüber gibt der wissenschaftliche Anhang Auskunft, in welchem drei bereits in Bruns' Beiträgen erschienene Arbeiten seiner Assistenzärzte (Klaus, Zur Kasuistik der Knochenbrüche; Closs, Die Kropfoperationen am städtischen Hospital in Schwäb. Gmünd von 1896—1903; Gluss, Die Bruchoperationen im gleichen Zeitraum und ihre Dauerresultate, referiert d. Blatt 1904/5) sowie eine von W. selbst verfaßte Übersicht über die von 1896—1903 behandelten Kranken und die an ihnen ausgeführten Operationen enthalten sind.

Im zweiten Teile behandelt Pfarrkurat Denkinger die Geschichte des Hospitals und seiner Verwaltung vom Standpunkte des Geschichts-

forschers und bringt 400 darauf bezügliche Urkunden und eine Darstellung des gesamten Grundbesitzes des Spitals.

Gutzeit (Neidenburg).

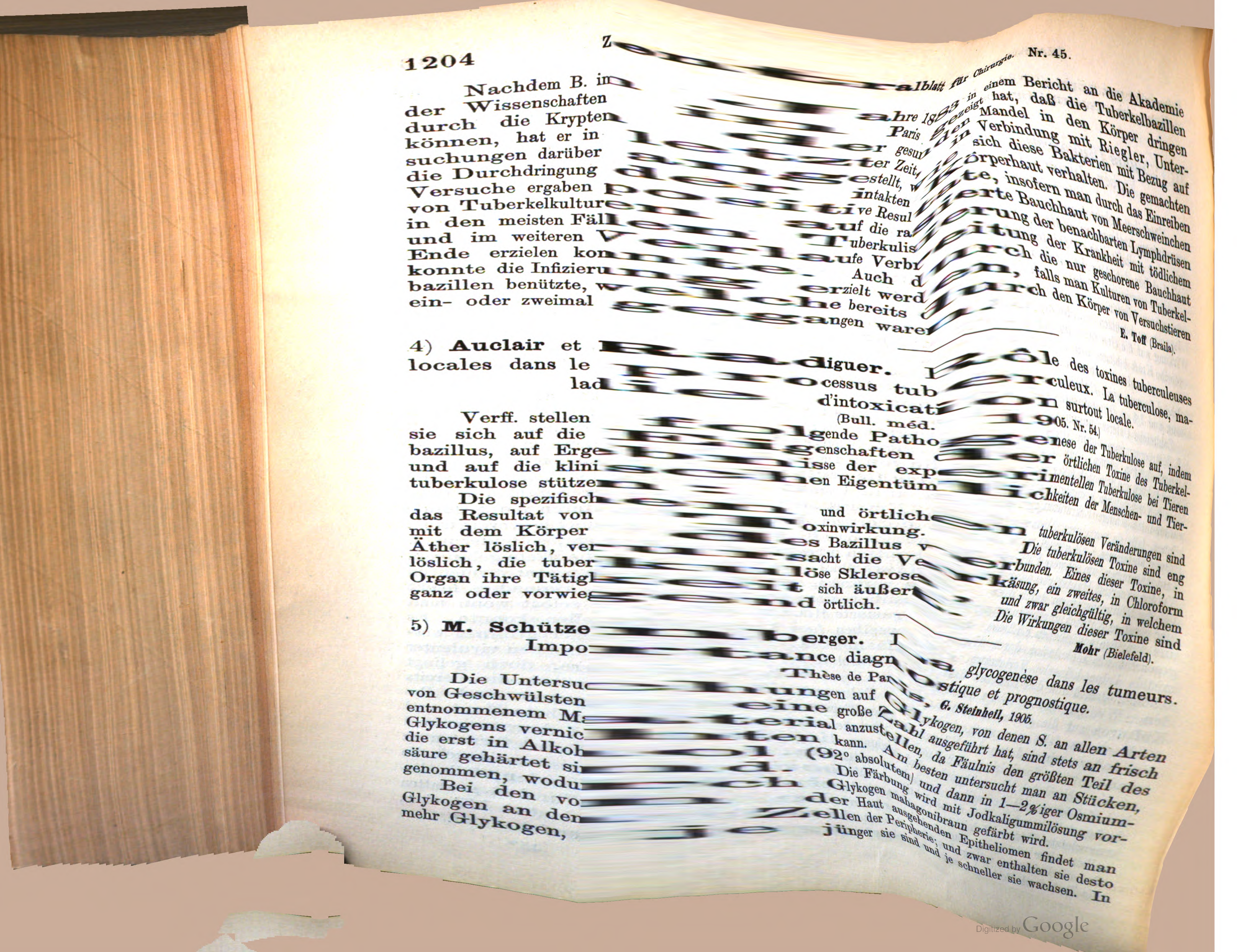
---

3) V. Babes (Bukarest). Über das Eindringen einiger Mikroben durch die Oberfläche des Körpers.

(România med. 1905. Nr. 10 u. 11.)

Verf. hat schon vor vielen Jahren nachgewiesen, daß sich Mikroorganismen pathogener Natur in der Tiefe der Haut vorfinden, und daß eine vollständige Desinfektion derselben nicht gut möglich ist. Er ist daher der Ansicht, daß die jetzt allgemein übliche Asepsis bis zu einem gewissen Grade durch Antisepsis ersetzt werden soll, und zwar wären hierfür die von ihm als »Grenzantiseptika« bezeichneten Lösungen zu benützen, welche genügend schwach sind, um keine giftige Wirkung auf die Gewebe auszuüben, aber doch genügend große antiseptische Kraft besitzen, um eventuelle pathogene Keime zu zerstören; die zu erzielenden Resultate wären also auf diese Weise viel bessere. Solche Lösungen sind: Sublimat 1 : 50000, ferner 4%ige Borsäurelösung und 1%ige Bernsteinsäurelösung.

Zahlreiche Untersuchungen haben B. die Überzeugung verschafft, daß Mikroorganismen durch die intakte Haut in das Innere des Körpers dringen können, und hat sich hierbei herausgestellt, daß Streptokokken und Staphylokokken, die von der gesunden Haut stammen, bei den Versuchstieren keinerlei krankhafte Erscheinungen hervorrufen, während sie schwere Erkrankungen und selbst den Tod bewirken können, falls sie von einem Abszeß, Erysipel, einer Septhämie oder Pyämie abstammen. Es genügt, mit derartigen Kulturen die gesunde Haut einzureiben, um schwere Phlegmonen oder Erysipel hervorzurufen. Werden derartige Hautstücke mikroskopisch untersucht, so findet man, daß die Mikroorganismen durch die Haarfollikel in die Tiefe gelangen, hier günstige Entwicklungsbedingungen vorfinden, sich weiter vermehren und nun ihre schädlichen Einflüsse ausüben können. Besonders leicht geschieht die Inokulation durch die rasierte Haut, selbst wenn man mittels Lupe keinerlei Verletzung derselben feststellen konnte. Es scheint, daß durch das Rasieren die Haarfollikel besser geöffnet werden. Weniger leicht geht die Infektion durch das Einreiben virulenter Kulturen auf die geschorene Haut der Versuchstiere, doch gelingt auch dieses, falls man stark virulente Kulturen benützt, die bereits ein- oder zweimal durch den Körper eines Tieres gegangen sind. Besonders leicht durchdringt der Rotzbazillus die unversehrte Haut, und es sind hierdurch die zahlreichen Infektionen, die in Laboratorien und bei Sektionen mit demselben geschehen, erklärlich. Es ist ferner noch festgestellt worden, daß die Infektion mit Mikroorganismen durch die unverletzte Haut viel leichter geschieht, als durch Wunden, falls dieselben älter als einen Tag sind; nur ganz frische Wunden gestatten also die Infektion, während später selbst mit sehr virulenten Mikroben, wie Rotz und Pest, eine solche nur sehr schwer zu erzielen ist.



Nachdem B. im Jahre 1883 in einem Bericht an die Akademie der Wissenschaften in Paris gezeigt hat, daß die Tuberkelbazillen durch die Krypten der gesunden Mandel in den Körper dringen können, hat er in letzter Zeit, in Verbindung mit Riegler, Untersuchungen darüber angestellt, wie sich diese Bakterien mit Bezug auf die Durchdringung der intakten Körperhaut verhalten. Die gemachten Versuche ergaben positive Resultate, insofern man durch das Einreiben von Tuberkelkulturen auf die rasierte Bauchhaut von Meerschweinchen in den meisten Fällen Tuberkulisierung der benachbarten Lymphdrüsen und im weiteren Verlaufe Verbreitung der Krankheit mit tödlichem Ende erzielen konnte. Auch durch die nur geschorene Bauchhaut konnte die Infizierung erzielt werden, falls man Kulturen von Tuberkelbazillen benützte, welche bereits durch den Körper von Versuchstieren ein- oder zweimal gegangen waren.

E. Toff (Braila).

4) **Auclair et Paris-Radiguer. Le rôle des toxines tuberculeuses locales dans le processus tuberculeux. La tuberculose, maladie d'intoxication surtout locale.**
(Bull. méd. 1905. Nr. 54.)

Verff. stellen folgende Pathogenese der Tuberkulose auf, indem sie sich auf die Eigenschaften der örtlichen Toxine des Tuberkelbazillus, auf Ergebnisse der experimentellen Tuberkulose bei Tieren und auf die klinischen Eigentümlichkeiten der Menschen- und Tiertuberkulose stützen.

Die spezifischen und örtlichen tuberkulösen Veränderungen sind das Resultat von Toxinwirkung. Die tuberkulösen Toxine sind eng mit dem Körper des Bazillus verbunden. Eines dieser Toxine, in Äther löslich, verursacht die Verkäsung, ein zweites, in Chloroform löslich, die tuberkulöse Sklerose und zwar gleichgültig, in welchem Organ ihre Tätigkeit sich äußert. Die Wirkungen dieser Toxine sind ganz oder vorwiegend örtlich.

Mohr (Bielefeld).

5) **M. Schützenberger. La glycogenèse dans les tumeurs. Importance diagnostique et pronostique.**
Thèse de Paris, G. Steinheil, 1905.

Die Untersuchungen auf Glykogen, von denen S. an allen Arten von Geschwülsten eine große Zahl ausgeführt hat, sind stets an frisch entnommenem Material anzustellen, da Fäulnis den größten Teil des Glykogens vernichten kann. Am besten untersucht man an Stücken, die erst in Alkohol (92° absolutem) und dann in 1—2%iger Osmiumsäure gehärtet sind. Die Färbung wird mit Jodkaligummilösung vorgenommen, wodurch Glykogen mahagonibraun gefärbt wird.

Bei den von der Haut ausgehenden Epitheliomen findet man Glykogen an den Zellen der Peripherie; und zwar enthalten sie desto mehr Glykogen, je jünger sie sind und je schneller sie wachsen. In

den Karzinomen des Verdauungskanales ist stets Glykogen nachzuweisen, am wenigsten in den Kolloidkrebsen des Magens. Bei Uteruskarzinomen und den meisten Drüsenkrebsen ist der Glykogengehalt ein beträchtlicher. Großen Schwankungen ist die Menge der Glykogens in den Sarkomen unterworfen; stets ist es aber nachzuweisen, wenn auch nur an manchen Stellen. Am meisten glykogenhaltig sind die Rundzellensarkome. Knorpelgeschwülste sind stets glykogenhaltig, da schon normaler Knorpel Glykogen enthält.

In gutartigen Geschwülsten, Adenomen, Polypen, Eierstockscysten findet man kein Glykogen; in angeborenen Geschwülsten, Dermoiden, höchstens an Stellen, die gerade einem ungewöhnlichen Wachstum unterliegen.

Im Innern der Epitheliome ist das Bindegeweben frei von Glykogen. Auch das umliegende Bindegewebe ist frei davon, so daß an schnell wachsenden Geschwülsten bei der Jodfärbung eine scharfe Grenze zwischen Geschwulstgewebe und noch nicht ergriffenem Gewebe schon durch die Färbung zu sehen ist. Dagegen kann die Haut auf den Reiz einer beliebigen Geschwulst hin, ebenso übrigens auf Reize entzündlicher Art, wie Tuberkulose, im Bereiche dieses Reizes mit Glykogenproduktion anworten. Eine mit Zylinderepithel bekleidete Schleimhaut wiederum bringt kein Glykogen hervor, selbst dann nicht, wenn es in den Geschwülsten selbst reichlich enthalten ist.

Das Glykogen in den Zellen der Geschwülste ist ein Erzeugnis der gesteigerten Tätigkeit dieser Zellen, es dient zum Aufbau neuer Zellen wie im embryonalen Gewebe; es hat mit dem Glykogen in der Leber nichts zu tun und führt nie zur Glykosurie. Je schneller eine Geschwulst wächst, desto mehr Glykogen findet man. Bei entzündlichen Vorgängen vermißt man es meist ganz.

In prognostischer Hinsicht mißt Verf. deshalb dem Glykogenbefund einen großen Wert bei, insofern reichlicher Glykogengehalt auf schnelles Wachstum der Geschwulst deutet, so daß dabei die Prognose schlecht ist. Außerdem zeigt der Glykogenbefund deutlich die Stellen des jeweiligen Wachstums sowohl in der primären Geschwulst wie in den Drüsenmetastasen. Nur bei den Chondromen kann man aus oben erwähntem Grunde keine prognostischen Schlüsse ziehen. — Bei den Fibromyomen findet man Glykogen nur in Zeiten des schnellen Wachstums, sonst aber, wie bei gutartigen Geschwülsten, nicht.

Bei bösartigen Geschwülsten fehlt ferner das Glykogen an Stellen wo Ulzerationen vorliegen und ferner dann, wenn sich Erysipele auf ihnen entwickelt haben.

E. Moser (Zittau).

---

6) **A. F. Blagdon Richards.** Morbid growths with a suggestion as to treatment.

(Lancet 1905. September 23.)

Verf.s theoretische Ausführungen über Geschwulstbildung und Behandlungsmöglichkeit bauen sich auf Schlüssen auf, die aus einem Vergleiche der Geschwulstzelle mit der gewöhnlichen Körperzelle resultieren:

Das pathologische Z… das eine Geschwulst sich bilden läßt, wird in aller Wahr… achstum, verursacht durch eine gestörte und fehlerhafte nutritive … inlichkeit … seiten der Ursprungszellen. Die Ernährung ist im allge… tigkeit … und geleitet durch Nerveneinflüsse. Diese Einflüsse sind, … en regu… taten der experimentellen Forschung zu urteilen, elektris… den Re… wir doch den Metabolismus, die funktionelle Tätigke… Art; se… der Zellen durch elektrische Energie beeinflußt. … die Ern… Verf., ist der elektrische Strom, die verschiedenen Form… lang, sag… chen Energie, niemals systematisch bei der Behandlung … der elektr… schwülste versucht worden, und er meint daher, daß a… nkhafter … Ausführungen mancherlei Gründe für sorgfältige, syste… Grund sein… e ausgedehnte Versuche sprächen. Was die gutartigen … ische und l… geht, so ist nach Verf. hier nicht viel zu erwarten. … eschwülste … organisiert, so gut ernährt, so ähnlich normalem … sind so h… daß kaum ein Agens einen Einfluß auf sie ausüb… nden Gewe… ers bei bösartigen Geschwülsten, schlecht organisiert … könnte; a… nährt, wie sie sind. Hier könnte wohl elektrische En… d schlecht … Wirkung üben, daß ihr Metabolismus und Wachstu… ie eine solch… alteriert würde. Zugleich könnte dadurch die Wider… gehemmt un… Nachbargewebe gehoben werden. Zu versuchen wäre… dsfähigkeit … nen Formen der Elektrizität, der galvanische, faradis… alle verschie… Strom; die Elektroden in der Umgebung und üb… e und statis… st sollen aus einer großen Menge feiner Kupferpunkt… der Geschw… diese sollen gleichmäßig auf der äußeren Oberfläche… bestehen, un… oder eines Schildes von weichem Gummi verteilt sei… einer Kappe … könnte der Kranke event. bei sich tragen. In dieser … Die Batterie … elektrische Strom die Geschwulst von zahlreichen P… eise würde d… eichen und durchdringen und zum großen Teil viellei… kten aus e… selben Form, wie in die normalen Nervenimpulse dur… gerade in d… Endungen der feinen zwischen den Geweben verteilten … die zahllose… ibrillen, zu … en Zellen gelangen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

7) **Howard.** A contribution to the knowledge of endothelioma and perithelioma of bone.

(Annals of surgery 1905. September.)

Verf. berichte… über 23 Fälle … von Knochenepitheliomen, von welchen er 4 selbst beobachtet hat. Alle 4 Fälle endigten tödlich und sie zeigten vielfach Metastasen; die Ursprungsgeschwulst saß zweimal im Oberarm, einm… in der Wirbelsäule und einmal im Oberschenkel. In den 23 Fällen, über welche H. aus der Literatur berichtet, waren 19mal die langen Röhrenknochen befallen, Cystenbildung war in 8 Fällen, Pulsatio… in 7 Fällen, Metastasen in 13 Fällen vorhanden. Es sind zwei Art… dieser Geschwülste zu unterscheiden: 1) Die gefäßreichen aus Alveolen mit verschiedenen Zellen bestehenden (alveoläre Form). 2) Die drüsenähnlichen (tubuläre Form). Bei der alveolären Form werden Zellen von verschiedenem Typus, bei der tubulären

nur polygonale von epithelialem Charakter angetroffen. Riesenzellen kommen in beiden Arten vor. In den Fällen, wo die Geschwulst vom Knochenmark nicht scharf abgegrenzt ist, ähnelt sie sehr dem Myelom. Bezüglich des Ursprunges sind zwei Arten zu unterscheiden: 1) Jene Endotheliome, welche von dem Endothel der Blutgefäße und den perivaskulären Lymphräumen entspringen. 2) Jene, welche ihren Ursprung von den Lymphgefäßen nehmen und nicht unmittelbar mit den Blutgefäßen in Verbindung stehen. Die klinischen Symptome ähneln denjenigen der Osteosarkome. Die langen Röhrenknochen und an ihnen die Epiphysengegend werden vorwiegend befallen; eine Kapsel ist meistens vorhanden.

Herhold (Altona).

8) **J. B. Cleland.** Some remarks on the germ centres of lymphatic glands and secondary carcinomatous deposits.

(Lancet 1905. September 16.)

Verf. meint, daß die Keimzentren in den Lymphdrüsen sehr häufig außerordentliche Ähnlichkeit mit Karzinomdepositen haben und gibt einzelne charakteristische Merkmale an mit entsprechenden Abbildungen. — Es ist klar, daß Verwechslungen gelegentlich dem weniger Geübten vorkommen können, und die Prognose des Karzinoms dadurch beträchtlich beeinflußt werden kann. Dadurch erscheint der Hinweis auf diese Punkte, den die Arbeit gibt, gerechtfertigt.

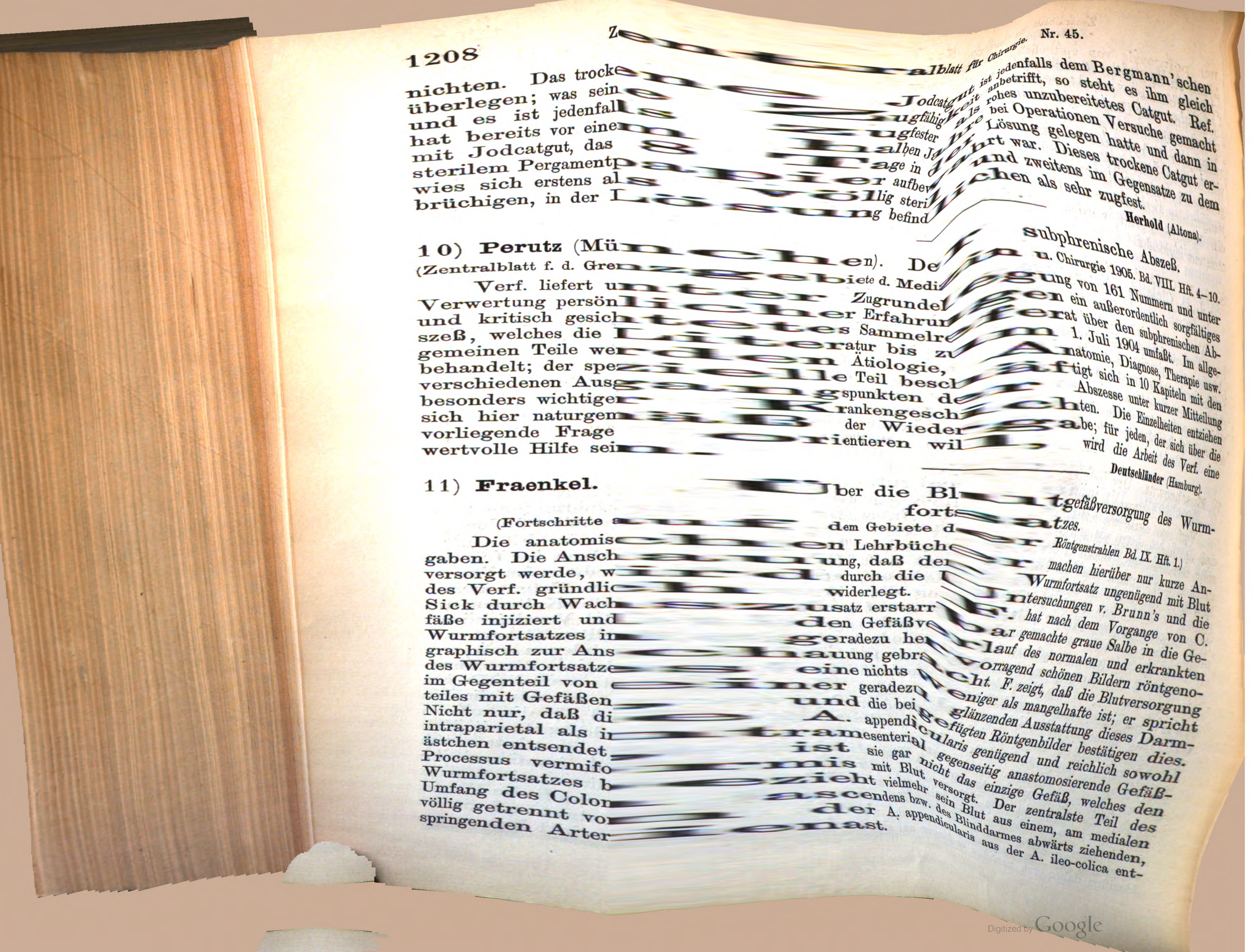
H. Ebbinghaus (Dortmund).

9) **Moschcowitz.** Dry jodine catgut.

(Annals of surgery 1905. September.)

Verf. hat ebenso wie andere Chirurgen die Erfahrung gemacht, daß das nach dem Claudius'schen Verfahren hergestellte Jodcatgut sehr zerreißbar wird, sobald es länger als 8 Tage in der Flüssigkeit gelegen hat; er nahm daher das Catgut nach 8 Tagen aus der Lösung, bewahrte es trocken im sterilen Gefäß auf, um es dann bei Operationen zu verwenden. Vorher prüfte er dieses trockene Catgut bezüglich seiner Sterilität, seiner Einwirkung auf wachsende Kulturen und sein Verhalten, wenn es infiziert war, indem er dabei Vergleiche mit dem nach der Bergmann'schen Methode hergestellten Catgut zog. Niemals wuchs auf den Nährböden etwas nach Hineinlegen von Jodcatgut, während in einigen Fällen nach Hineinbringen von Bergmann's Catgut einzelne Kulturen sich zeigten. Legte man die Proben auf mit Staphylokokken usw. infizierten Agar-Agar, so war die von Kokken freie Zone um das Jodcatgut viermal so groß als die um das Bergmann'sche Catgut. Auch wenn man das Jodcatgut mit Kulturen oder aus Furunkeln stammendem Eiter infizierte, so zeigte es sich nach Hineinlegen in eine Nährflüssigkeit stets steril, im Gegensatze zum Bergmann'schen Catgut. Brachte man allerdings mit Anthrax infiziertes Jodcatgut unter die Haut von Tieren und schloß die Wunde, so gingen die Tiere ausnahmslos zugrunde; das Catgut scheint die Bazillen daher erst, nachdem es länger auf sie eingewirkt hat, zu ver-





nichten. Das trockene Jodcatgut ist jedenfalls dem Bergmann'schen überlegen; was seine Zugfähigkeit anbetrifft, so steht es ihm gleich und es ist jedenfalls zugfester als rohes unzubereitetes Catgut. Ref. hat bereits vor einem halben Jahre bei Operationen Versuche gemacht mit Jodcatgut, das 8 Tage in der Lösung gelegen hatte und dann in sterilem Pergamentpapier aufbewahrt war. Dieses trockene Catgut erwies sich erstens als völlig steril und zweitens im Gegensatze zu dem brüchigen, in der Lösung befindlichen als sehr zugfest.

Herhold (Altona).

10) **Perutz** (München). Der subphrenische Abszeß.

(Zentralblatt f. d. Grenzgebiete d. Medizin u. Chirurgie 1905. Bd. VIII. Hft. 4—10.)

Verf. liefert unter Zugrundelegung von 161 Nummern und unter Verwertung persönlicher Erfahrungen ein außerordentlich sorgfältiges und kritisch gesichtetes Sammelreferat über den subphrenischen Abszeß, welches die Literatur bis zum 1. Juli 1904 umfaßt. Im allgemeinen Teile werden Ätiologie, Anatomie, Diagnose, Therapie usw. behandelt; der spezielle Teil beschäftigt sich in 10 Kapiteln mit den verschiedenen Ausgangspunkten der Abszesse unter kurzer Mitteilung besonders wichtiger Krankengeschichten. Die Einzelheiten entziehen sich hier naturgemäß der Wiedergabe; für jeden, der sich über die vorliegende Frage orientieren will, wird die Arbeit des Verf. eine wertvolle Hilfe sein.

Deutschländer (Hamburg).

11) **Fraenkel.** Über die Blutgefäßversorgung des Wurmfortsatzes.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 1.)

Die anatomischen Lehrbücher machen hierüber nur kurze Angaben. Die Anschauung, daß der Wurmfortsatz ungenügend mit Blut versorgt werde, wird durch die Untersuchungen v. Brunn's und die des Verf. gründlich widerlegt. F. hat nach dem Vorgange von C. Sick durch Wachszusatz erstarrbar gemachte graue Salbe in die Gefäße injiziert und den Gefäßverlauf des normalen und erkrankten Wurmfortsatzes in geradezu hervorragend schönen Bildern röntgenographisch zur Anschauung gebracht. F. zeigt, daß die Blutversorgung des Wurmfortsatzes eine nichts weniger als mangelhafte ist; er spricht im Gegenteil von einer geradezu glänzenden Ausstattung dieses Darmteiles mit Gefäßen und die beigefügten Röntgenbilder bestätigen dies. Nicht nur, daß die A. appendicularis genügend und reichlich sowohl intraparietal als intramesenterial gegenseitig anastomosierende Gefäßästchen entsendet, ist sie gar nicht das einzige Gefäß, welches den Processus vermiformis mit Blut versorgt. Der zentralste Teil des Wurmfortsatzes bezieht vielmehr sein Blut aus einem, am medialen Umfang des Colon ascendens bzw. des Blinddarmes abwärts ziehenden, völlig getrennt von der A. appendicularis aus der A. ileo-colica entspringenden Arterienast.

Verf. hält deswegen ein Insuffizientwerden des Gefäßapparates am Wurmfortsatz für undenkbar und Veränderungen, die mit hämorrhagischen Infarkten anderer Organe in Parallele zu setzen wären, für ausgeschlossen.

Gaugele (Zwickau).

12) **T. Landau.** Wurmfortsatzentzündung und Frauenleiden.

Berlin, **August Hirschwald,** 1904. 82 S.

Im ersten Kapitel setzt sich L. mit den verschiedenen Theorien über die Entstehung und die ersten Veränderungen der Appendicitis auseinander und polemisiert dabei besonders stark gegen Riedel's bekannte Anschauungen, um dann im zweiten die Frage zu behandeln, nach welchen Gesichtspunkten wir die Appendicitis einteilen sollen. Hierbei stellt er sich auf den Standpunkt, daß es unmöglich ist, aus den klinischen Erscheinungen mit Sicherheit auf die gerade vorliegenden anatomischen Veränderungen zu schließen. Nachdem im dritten Kapitel die klinischen Eigenschaften der Appendicitis an sich in knapper aber treffender Weise zusammengestellt sind, werden in den nächsten Kapiteln die Beziehungen zwischen Wurmfortsatz und Geschlechtsorganen im gesunden wie krankhaften Zustand übersichtlich besprochen und besonders die differentialdiagnostischen Momente zwischen Appendicitis einerseits und 1) Stieldrehung von Tuben- und namentlich Eierstocksgeschwülsten; 2) entzündlichen Prozessen und Eiterungen (Salpingo-Oophoritis, Pyosalpinx und Ovarialabszesse, Parametritis, Beckenbauchfellabszesse intra- und extraperitonealer Natur); 3) Extra-uterin-Schwangerschaft und 4) Ovarialgien, Retroflexio-versio, Ren mobilis andererseits eingehend gewürdigt. In therapeutischer Beziehung neigt L. zu der radikaleren Richtung und spricht sich vor allem für ein Eingreifen möglichst in den ersten 24 oder 48 Stunden aus, während er bei den später zur Behandlung kommenden Fällen gelegentlich abwarten will.

Dettmer (Bromberg).

13) **Blake.** Malposition of the appendix as a cause of functional disturbances of the intestine.

(Annals of surgery 1905. September.)

B. fand in einer Anzahl von Fällen, welche er wegen vermeintlicher Appendicitis operierte, keine Entzündung, sondern eine Verkürzung der Mesoappendix und einen dadurch bedingten enger gezogenen Blinddarm. Teils handelte es sich um Personen, welche an Enteroptosis litten. Verf. meint aber, daß vorwiegend angeborene Ursachen mitsprechen, indem die Gekrösgefäße mit dem intra-uterin wachsenden Colon descendens nicht genügend mitwachsen und dadurch eine Faltung und Verkürzung des Mesenteriums hervorrufen.

Herhold (Altona).

14) Wagon. L'appendicite chronique d'emblée.
Thèse de Paris, G. Steinheil, 1904. 154 S.

Als »l'appendicite chronique d'emblée« oder l'appendicite chronique pure« will Verf. nach dem Vorschlage Walther's die Formen der Appendicitis benennen, welche wir im Deutschen als Appendicitis larvata bezeichnen; diese letztere Benennung will er nur für die Fälle bewahrt wissen, die als ganz andere Erkrankung nach ihrem klinischen Bild angesprochen werden mußten und erst zufällig durch operativen Eingriff als eine Erkrankung des Wurmfortsatzes erkannt wurden. Er unterscheidet je nach dem stärkeren Hervortreten der betreffenden Symptome eine forme douloureuse, dyspeptique und nerveuse. In der frühesten und späteren Kindheit sollen das hervorstechendste Symptom häufige und ungenügend erklärte Verdauungsstörungen sein, die sich ohne Fieber entwickeln, aber auf die Dauer doch zu erheblichen Störungen des allgemeinen Ernährungszustandes und des subjektiven Befindens führen. In den späteren Lebensaltern gesellt sich häufiger eine wirkliche Enterokolitis hinzu. Die am meisten zu fürchtende Komplikation ist der akute appendicitische Anfall. Makro- wie mikroskopisch bietet diese Form der Appendicitis das Bild der chronischen, oft hämorrhagischen Follikulitis, die zur forschreitenden Sklerose des Organs führt. Zurückzuführen ist sie auf infektiöse Ursachen. Als einzige Radikaltherapie kommt der operative Eingriff in Betracht.

Dettmer (Bromberg).

15) W. Noetzel. Die Behandlung der appendicitischen Abszesse.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 821.)

Nach den Erfahrungen der Rehn'schen Klinik präzisiert N. seinen Standpunkt bei der Behandlung der Appendicitis und mit besonderer Berücksichtigung des appendicitischen Abszesses in folgender Weise: »Wir kennen keinen Zeitpunkt, an dem wir abwarten. Wir operieren jeden Appendicitisanfall sofort nach der Einlieferung ins Krankenhaus zu jeder Tages- und Nachtzeit.« Das Rehn'sche Verfahren bei der Operation eines appendicitischen Abszesses ist folgendes: Es wird die freie Bauchhöhle eröffnet, der Wurmfortsatz aufgesucht und reseziert. Verwachsungen werden vorsichtig gelöst, alle Buchten des Abszesses werden freigelegt, gründlich entleert und mit Kochsalzlösung ausgewaschen. Nach Einführung eines Drains wird die Bauchwunde bis auf die Drainlücke ebenso exakt vernäht, wie bei der Operation ohne Drainage. Bei vorhandener diffuser Peritonitis werden Gegenöffnungen angelegt. Auf die prinzipielle Eröffnung der freien Bauchhöhle legt N. ganz besonderen Nachdruck und sieht darin eine wesentliche Verbesserung gegenüber dem Sonnenburg'schen Verfahren, das bei vorhandenen Abszessen die Eröffnung der freien Bauchhöhle ängstlich vermeidet. N. hält dabei die Gefahr für naheliegend, daß in der Tiefe des Abszesses das Peritoneum doch eröffnet wird,

und daß dann ohne Kontrolle durch das Auge Eiter einfließen und der Entfernung entgehen kann. Durch die folgende feste Tamponade werde der Eiter im Bauche eher zurückgehalten als entfernt, während durch ein Drain die Offenhaltung des Peritoneums in viel besserer Weise bewirkt werde, selbst wenn dabei die übrige Wunde genäht wird. Nach früheren Ausführungen des Verf. ist der exakte Verschluß der Bauchwunde sogar eine wichtige Vorbedingung für eine wirksame Drainage, weil dadurch der intraabdominale Druck wieder hergestellt wird.

Der Schnitt soll ausgiebig sein, um eine gute Übersicht zu ermöglichen, dabei aber die Innervation der Bauchmuskulatur nach Möglichkeit schonen. Empfohlen wird der Schnitt am äußeren Rande des Rectus, eventuell mit seitlicher Verlängerung in die schrägen Bauchmuskeln hinein.

Unter den Abszessen sind die besonders gefährlich, welche zu phlegmonöser Erkrankung der Darmwand, des Mesenteriums und des retroperitonealen Gewebes führen. Von 33 derartigen Pat. starben zehn. Die Ursache liegt darin, daß diese Eiterungen sich nicht genügend zugänglich machen lassen. Zweifellos hat die Erfahrung der Rehn'schen Klinik gelehrt, daß in jedem Falle die Erkrankung das Gefährliche ist, nicht aber die Operation. Von 231 Pat., die wegen Abszeß operiert wurden, starben 31, davon 13 an Komplikationen, welche mit der ursprünglichen Erkrankung und der Operation nichts zu tun hatten, 3 an subphrenischen oder Leberabszessen, 4 an chronischen Eiterungen und Fisteln, 6 an Phlegmonen der Darmwand, des Mesenteriums und des retroperitonealen Gewebes, 1 an Gasphlegmone der Bauchdecken, 3 an Peritonitis, 1 an Ileus.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

16) **A. Krogius.** Über die Frühoperation bei akuter Appendicitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 307.)

Deutscher Text der nach ihrem Original in finnischer Sprache in unserem Blatte bereits p. 913 laufenden Jahrganges referierten Arbeit. Derselben sind die Krankengeschichten der 28 vom Verf. in der Helsingforser Klinik ausgeführten Appendicitis-Frühoperationen beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

17) **G. Holzknecht** und **L. Brauner.** Die radiologische Untersuchung des Magens.

(Wiener klin. Rundschau 1905. Nr. 16—23.)

Verff. veröffentlichen in dieser sorgfältigen Arbeit die Ergebnisse der Durchleuchtung des Bauches mit Röntgenstrahlen, um die Größe und Lageverhältnisse des Magens exakt an die Körperoberfläche zu projizieren. Sie bedienen sich dazu der Fütterung mit Wismut, das auch in großen Mengen unbedenklich einverleibt werden kann. Zur



Beobachtung des Schlingaktes vor dem Röntgenschirm werden 2 g in Oblate eingenommen. Für die radiologische Diagnostik des Magens werden außer diesen Wismutbissen noch Wismutaufschwemmungen 10 g in 50 g Wasser, ferner Brausemischungen, oder Wismutmahlzeit (400 g Milchbrei mit 35 g Bismuth. subn.), gegeben, und unter Zuhilfenahme des Lagewechsels werden außer dem Schlingakt die respiratorischen Verschiebungen, die Magengrenzen, die Peristaltik einschließlich Funktion des Pylorus geprüft und aufgezeichnet. Die Bauchmassage erweist sich als äußerst wirksam auf die Magenperistaltik.

Nach Mitteilung dieser technischen Einzelheiten geben Verff. ein vollständiges detailliertes Untersuchungsschema, nach welchem bei solchen Untersuchungen konsequent zu verfahren ist. Dann folgt die genaue Beschreibung einzelner Untersuchungsfälle, begleitet von schematischen Zeichnungen, die das jeweilige Magenprojektionsbild in den einzelnen Untersuchungsstadien darstellen. Betreffs der Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden; besonders interessant sind die Fälle von Sanduhrmagen und von einem großen Magenkarzinom.

Zum Schluß wird die Bedeutung des Verfahrens, das auf Bougie und Magenschlauch verzichtet, nochmals zusammengefaßt; in der Tat handelt es sich um eine sehr interessante, fleißig durchgearbeitete Methode, die sicher nutzbringend zu werden verspricht.

Schmieden (Bonn).

18) **F. Schultze.** Beitrag zur Magenchirurgie, eine Modifikation der Kocher'schen Magenresektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 247.)

S. hat folgende Nahtmodifikation für die Kocher'sche Gastroduodenostomie nach Pylorusresektion erdacht. Die Zangenabklemmung am Magenstumpf wird nach ausgeführter Geschwulstexstirpation so weit cardiawärts angelegt, daß die Lichtung des Magens bequem zugängig ist. Vorder- und Hinterwand des Magens werden weit auseinander gehalten und jetzt in die Hinterwand das Fenster eingeschnitten, in welches der Duodenumstumpf eingefügt werden soll. Derselbe wird ins Fenster hineingezogen und Duodenalwand mit Magenwand mit einigen Klauenschiebern ringsum in richtiger Lage zusammengebracht. In die Umgebung wird Gaze gelegt, zur aseptischen Bekleidung der Vereinigungsstelle. Jetzt ist vom Mageninnern her zwischen den die richtige Lagerung sichernden Schiebern bequem die Magenduodenalnaht ausführbar. Es folgt eine zweite Etage als (äußere) Serosanaht, für welche ebenfalls durch Schieberanlegung die richtige Situierung vorbereitet ist. In gleicher Weise wird bei der Okklusionsnaht des Magenstumpfes die richtige Lagerung der Wundlippen durch Schieber vorbereitet. Mehrere Figuren illustrieren das den Ref. sehr ansprechende Verfahren. Sollte der Duodenalstumpf zu wenig beweglich sein, so schlägt S. vor, das Duodenum durch Inzision der Parietal-

serosa neben der Pars verticalis zu lockern und nach links zu verschieben. Er schlägt ferner vor, wo nach Billroth II zu operieren ist, die Gastrojejunostomie ebenfalls am offenstehenden Magenstumpfe mit Einschiebung der Darmwände in das Magenfenster zu machen. Den Stumpf des Duodenums will er nach Roux in das Jejunum einpflanzen. Zwei Magenresektionen hat S. nach seiner Methode im St. Vincenz-Hospital zu Duisburg mit Glück ausgeführt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

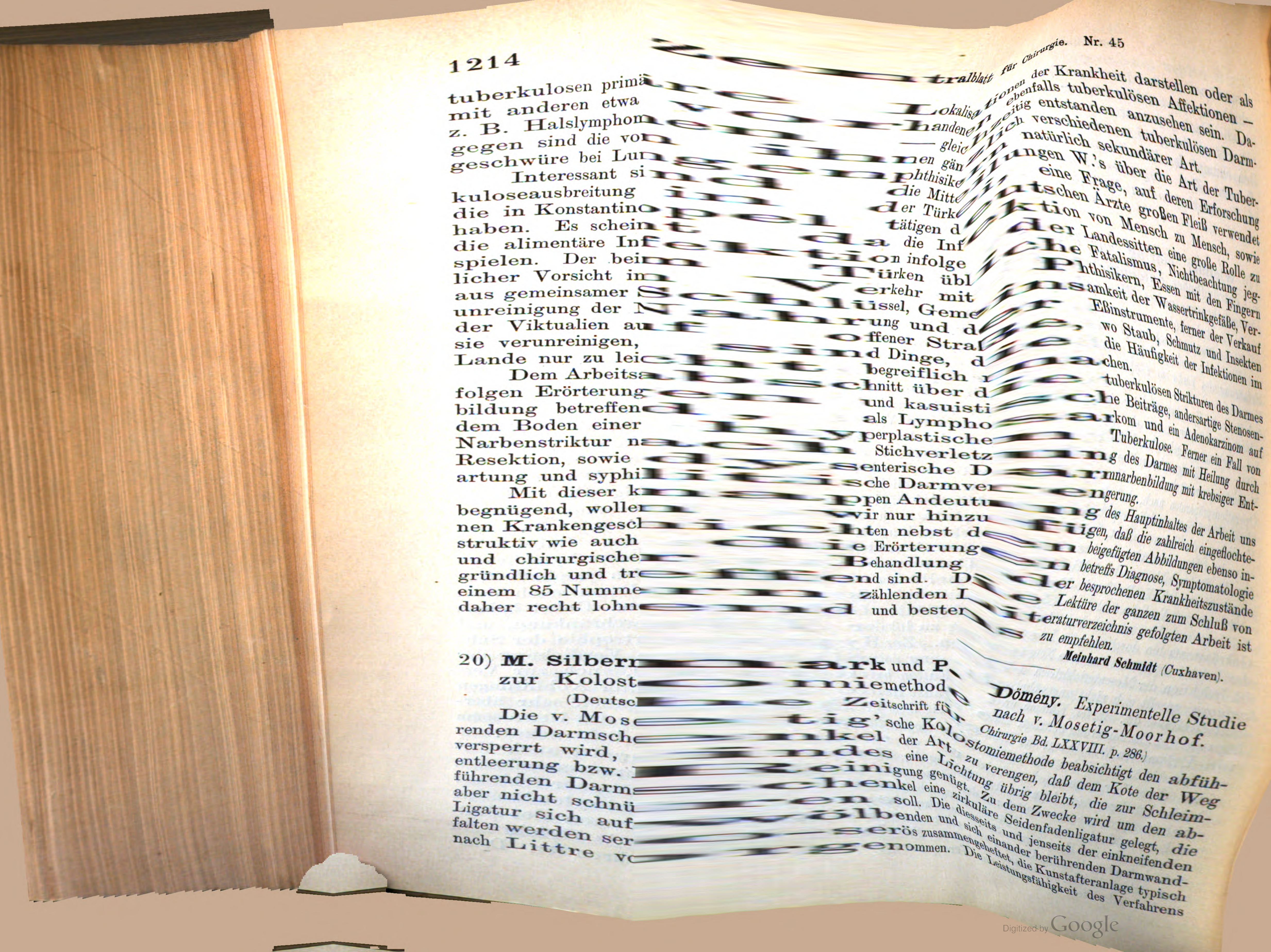
---

19) **Wieting.** Beitrag zur Pathogenese und Anatomie der auf entzündlicher, namentlich tuberkulöser Basis entstandenen Darmstrikturen, nebst Bemerkungen zur Frage der Darmtuberkulose vornehmlich in der Türkei.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 341.)

Eine sehr umfangreiche, fleißige und besonders auf die große Erfahrung des Verf.s im Gebiete der operativen Behandlung der in Konstantinopel häufigen strikturierenden Darmtuberkulose gegründete Arbeit, in der Verf. betreffs der Anatomie und Pathologie der tuberkulösen Darmstriktur zu von den gewohnten Vorstellungen abweichenden Anschauungen gelangt. Während bislang zumeist die Annahme gültig war, daß die tuberkulöse Darmstriktur auf konstringierender Vernarbung eines tuberkulösen Geschwüres beruht, weist W. an seinen Operationspräparaten nach, daß das wesentliche beim Dünndarm in diesen Fällen eine schwielig-hypertrophische und narbig schrumpfende Verdickung der Submucosa ist, bei welcher ein Schleimhautgeschwür entweder fehlen kann oder, wenn es vorhanden, nur als sekundär, also für die Strikturbildung nebensächlich zu betrachten ist. Dabei wird angenommen, daß die Bazillen in die Darmwand auf dem Lymphwege eindringen, mit Vorliebe wohl durch Epithellücken auf den lymphatischen Follikeln und Plaques und dann den zirkulär den Darm nach dem Gekrösansatz hin durchsetzenden Lymphgefäßen folgen. Dabei behält der Infektionsprozeß stets große Neigung zu lokaler Beschränkung, und ist Infektion der Mesenterialdrüsen selten. Zur Hypertrophie der Submucosa gesellt sich nicht ungewöhnlich eine polypöse Verdickung der Schleimhaut, die, Bürzel, Kämme und Falten bildend, auch zur Verlegung der Darmlichtung beiträgt. Eine ganze Reihe guter Abbildungen von Präparaten W.'s belegt die Richtigkeit dieser Angaben sehr überzeugend. Auch bei der tuberkulösen Pseudogeschwulst des Ileocoecum sind diese Vorgänge wiederzufinden und als wesentlich anzusehen. Doch beteiligen sich hier an der Bildung der Geschwulst auch Verwachsungsprozesse, namentlich mit dem Netze, sowie Fettansammlungen und an- und eingebackene Lymphdrüsengeschwülste. Ferner fehlt hier seltener als im Dünndarme Schleimhautulzeration bei gleichzeitiger Schleimhautwucherung, Vorgänge, die mit gewissen Formen des Haut- und Schleimhautlupus identisch erscheinen. Nach W.'s Erfahrungen dürften alle diese chronischen zur Verengerung führenden Darm-





tuberkulosen primä[illegible] Lokalisationen der Krankheit darstellen oder als
mit anderen etwa [illegible] vorhandenen ebenfalls tuberkulösen Affektionen —
z. B. Halslymphom[illegible] — gleichzeitig entstanden anzusehen sein. Da-
gegen sind die vo[illegible] en gän[illegible] verschiedenen tuberkulösen Darm-
geschwüre bei Lu[illegible] natürlich sekundärer Art.
Interessant si[illegible] phthisike[illegible] ngen W.'s über die Art der Tuber-
kuloseausbreitung [illegible] die Mitte[illegible] eine Frage, auf deren Erforschung
die in Konstantino[illegible] der Türk[illegible] tschen Ärzte großen Fleiß verwendet
haben. Es schein[illegible] tätigen d[illegible] ktion von Mensch zu Mensch, sowie
die alimentäre Inf[illegible] die Inf[illegible] der Landessitten eine große Rolle zu
spielen. Der bei[illegible] on infolge [illegible] Fatalismus, Nichtbeachtung jeg-
licher Vorsicht in[illegible] Türken übl[illegible] Phthisikern, Essen mit den Fingern
aus gemeinsamer S[illegible] erkehr mit [illegible] samkeit der Wassertrinkgefäße, Ver-
unreinigung der [illegible] üssel, Geme[illegible] Eßinstrumente, ferner der Verkauf
der Viktualien au[illegible] ung und d[illegible] wo Staub, Schmutz und Insekten
sie verunreinigen, [illegible] offener Stra[illegible] die Häufigkeit der Infektionen im
Lande nur zu lei[illegible] d Dinge, d[illegible] chen.
Dem Arbeitsa[illegible] begreiflich [illegible] tuberkulösen Strikturen des Darmes
folgen Erörterung[illegible] nitt über d[illegible] che Beiträge, andersartige Stenosen-
bildung betreffen[illegible] und kasuisti[illegible] arkom und ein Adenokarzinom auf
dem Boden einer [illegible] als Lympho[illegible] Tuberkulose. Ferner ein Fall von
Narbenstriktur n[illegible] perplastische[illegible] ng des Darmes mit Heilung durch
Resektion, sowie [illegible] Stichverletz[illegible] rmnarbenbildung mit krebsiger Ent-
artung und syphi[illegible] senterische D[illegible] gerung.
Mit dieser k[illegible] sche Darmve[illegible] g des Hauptinhaltes der Arbeit uns
begnügend, wolle[illegible] ppen Andeutu[illegible] fügen, daß die zahlreich eingeflochte-
nen Krankengesc[illegible] wir nur hinzu[illegible] n beigefügten Abbildungen ebenso in-
struktiv wie auch [illegible] hten nebst d[illegible] n betreffs Diagnose, Symptomatologie
und chirurgische[illegible] e Erörterung [illegible] der besprochenen Krankheitszustände
gründlich und tr[illegible] Behandlung [illegible] Lektüre der ganzen zum Schluß von
einem 85 Numme[illegible] end sind. D[illegible] Literaturverzeichnis gefolgten Arbeit ist
daher recht lohn[illegible] zählenden L[illegible] und bester[illegible] zu empfehlen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

20) **M. Silber**[illegible]**ark** und **P. Dömény.** Experimentelle Studie zur Kolost[illegible]omiemethode nach v. Mosetig-Moorhof.

(Deutsc[illegible] Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 286.)

Die v. Mos[illegible]etig'sche Kolostomiemethode beabsichtigt den abfüh-
renden Darmsche[illegible]nkel der Art zu verengen, daß dem Kote der Weg
versperrt wird, [illegible]ndes eine Lichtung übrig bleibt, die zur Schleim-
entleerung bzw. [illegible] Reinigung genügt. Zu dem Zwecke wird um den ab-
führenden Darm[illegible]schenkel eine zirkuläre Seidenfadenligatur gelegt, die
aber nicht schnü[illegible]ren soll. Die diesseits und jenseits der einkneifenden
Ligatur sich auf[illegible]wölbenden und sich einander berührenden Darmwand-
falten werden ser[illegible]serös zusammengeheftet, die Kunstafteranlage typisch
nach Littre v[illegible]genommen. Die Leistungsfähigkeit des Verfahrens

wurde von den Verff. an etlichen Hundeexperimenten geprüft und hat sich durchaus bewährt. Man fand, daß der einschnürende Seidenfaden nicht den Darm durchgeschnitten hatte, sondern, schön in gewünschter Lage eingeheilt, die durch die Darmentfaltung beabsichtigte Darmstenosierung gut erhalten hatte. Die Abbildung einer durch Formalinhärtung in natürlichen Formverhältnissen erhaltenen Darmschlinge eines der Versuchstiere läßt dies ersehen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

21) **F. Wallis.** Ano-rectal ulceration.

(Practitioner 1905. September.)

In übersichtlicher Weise bespricht Verf. an der Hand von 15 Skizzen die Entstehung, Verbreitung, den Verlauf und die Behandlung der Fissura ani, Fistula ani, der periproktitischen Abszesse, sowie der mit Ulzeration der Schleimhaut einhergehenden infektiösen Proktitis. Letztere mit Schmerzen und Brennen im After, sowie mit Ausfluß blutig verfärbten Eiters verlaufende Erkrankung, die viel häufiger das weibliche Geschlecht ergreift, als das männliche, zeichnet sich durch fleckweise Ulzeration der Schleimhaut, submuköse Infiltration der nicht geschwürigen Stellen, narbige Ausheilung und Schrumpfung der primär befallenen Partien und ulzeröses Fortschreiten in der Peripherie aus, und hat nach Verf. mit luetischer Infektion absolut nichts zu tun. Eine Striktur des Mastdarmes nach luetischer Ulzeration der Mastdarmschleimhaut hat Verf. überhaupt niemals beobachten können.

Die Ursache dieser Erkrankung sind Mikroorganismen, die jedoch bislang nicht einwandsfrei isoliert werden konnten. Zur Radikalheilung der infektiösen Proktitis wird die Exzision des erkrankten Darmstückes vorgeschlagen.

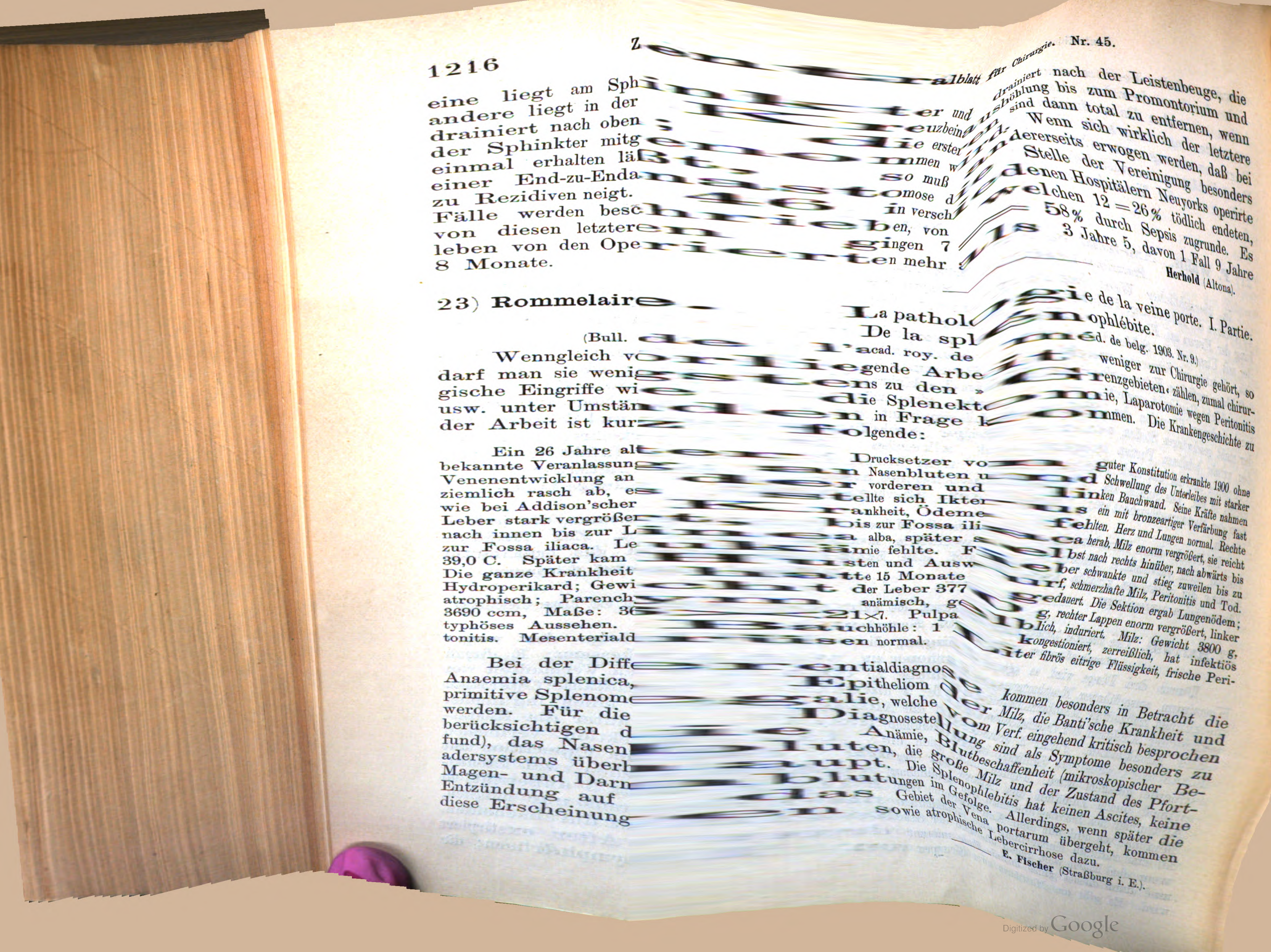
Jenckel (Göttingen).

22) **Hartwell.** The radical treatment of cancer of the rectum.

(Annals of surgery 1905. September.)

Durch drei Dinge wird es gelingen, die Erfolge der wegen Karzinom ausgeführten Mastdarmresektionen zu verbessern: 1) durch möglichst frühzeitige Mastdarmuntersuchung; 2) durch Vermeiden von septischer Affektion der Operationswunde; 3) durch radikale Operation alles Krankhaften. Punkt 2 erfordert die Anlage eines inguinalen Kunstafters, wobei die Schlinge intermuskulär und unter die Rectusscheide gelagert wird. Ferner läßt sich die Infektion vermeiden einmal durch Zunähen des Afters vor Beginn der Operation und Abtrennen des Darmes oberhalb der Neubildung zwischen zwei Tabaksbeutelnähten und mit dem Kauterisator. Was Punkt 3 anbetrifft, so ist eine radikale Entfernung alles Krankhaften meistens nur möglich, wenn der Darm weit genug oberhalb der Geschwulst durchschnitten, und dann dieses ganze distale Ende mitsamt dem After exstirpiert wird. Es gibt am Mastdarm zwei Gruppen von Lymphdrüsen; die





eine liegt am Sphinkter und drainiert nach der Leistenbeuge, die andere liegt in der Kreuzbeinaushöhlung bis zum Promontorium und drainiert nach oben; die ersten sind dann total zu entfernen, wenn der Sphinkter mitgenommen wird. Wenn sich wirklich der letztere einmal erhalten läßt, so muß andererseits erwogen werden, daß bei einer End-zu-Endanastomose die Stelle der Vereinigung besonders zu Rezidiven neigt. 46 in verschiedenen Hospitälern Neuyorks operirte Fälle werden beschrieben, von welchen 12 = 26% tödlich endeten, von diesen letzteren gingen 7 = 58% durch Sepsis zugrunde. Es leben von den Operierten mehr als 3 Jahre 5, davon 1 Fall 9 Jahre 8 Monate.

Herhold (Altona).

23) **Rommelaire.** La pathologie de la veine porte. I. Partie. De la splénomégalie splénophlébite.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de belg. 1908. Nr. 9.)

Wenngleich vorliegende Arbeit weniger zur Chirurgie gehört, so darf man sie wenigstens zu den »Grenzgebieten« zählen, zumal chirurgische Eingriffe wie die Splenektomie, Laparotomie wegen Peritonitis usw. unter Umständen in Frage kommen. Die Krankengeschichte zu der Arbeit ist kurz folgende:

Ein 26 Jahre alter Drucksetzer von guter Konstitution erkrankte 1900 ohne bekannte Veranlassung an Nasenbluten und Schwellung des Unterleibes mit starker Venenentwicklung an der vorderen und linken Bauchwand. Seine Kräfte nahmen ziemlich rasch ab, es stellte sich Ikterus ein mit bronzeartiger Verfärbung fast wie bei Addison'scher Krankheit, Ödeme fehlten. Herz und Lungen normal. Rechte Leber stark vergrößert bis zur Fossa iliaca herab, Milz enorm vergrößert, sie reicht nach innen bis zur Linea alba, später selbst nach rechts hinüber, nach abwärts bis zur Fossa iliaca. Leukämie fehlte. Fieber schwankte und stieg zuweilen bis zu 39,0 C. Später kam Husten und Auswurf, schmerzhafte Milz, Peritonitis und Tod. Die ganze Krankheit hatte 15 Monate gedauert. Die Sektion ergab Lungenödem; Hydroperikard; Gewicht der Leber 377[illegible] g, rechter Lappen enorm vergrößert, linker atrophisch; Parenchym anämisch, gelblich, induriert. Milz: Gewicht 3800 g, 3690 ccm, Maße: 36×21×7. Pulpa kongestioniert, zerreißlich, hat infektiös typhöses Aussehen. Bauchhöhle: 1 Liter fibrös eitrige Flüssigkeit, frische Peritonitis. Mesenterialdrüsen normal.

Bei der Differentialdiagnose kommen besonders in Betracht die Anaemia splenica, Epitheliom der Milz, die Banti'sche Krankheit und primitive Splenomegalie, welche vom Verf. eingehend kritisch besprochen werden. Für die Diagnosestellung sind als Symptome besonders zu berücksichtigen die Anämie, Blutbeschaffenheit (mikroskopischer Befund), das Nasenbluten, die große Milz und der Zustand des Pfortadersystems überhaupt. Die Splenophlebitis hat keinen Ascites, keine Magen- und Darmblutungen im Gefolge. Allerdings, wenn später die Entzündung auf das Gebiet der Vena portarum übergeht, kommen diese Erscheinungen sowie atrophische Lebercirrhose dazu.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

24) **Rommelaire.** La pathologie du systéme veineux abdominale. II. partie. La pylethrombose.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de belg. 1905. Nr. 2, 3 et 6.)

Obige Arbeit ist die Fortsetzung der in den Bull. 1903 Nr. 9 erschienenen Arbeit: La pathol. de le veine porte, deren II. Teil sie bildet. Mit großem Fleiß hat Verf. alles zusammengetragen, was zur Klärung so vieler Unterleibskrankheiten dient, die bisher unter Magenverstimmung, Dyspepsie, chronischem Darmkatarrh, geschwollener Leber usw. behandelt werden. Mezzow hat 1841 für die Obliteration der Vena port. den Namen Pylephlebitis adhaesiva eingeführt. R. schlägt die Bezeichnung Pylethrombose vor. In 10 Kapiteln werden die Anatomie, besonders die Plexus von Retzius, diejenige des vorderen parietalen Bauchfells, die venösen Zwerchfellanastomosen, die der Umbilical- und Paraumbilicalgegend, die Rektal-, Renal- und intrahepatischen Anastomosen besprochen. In Kapitel 3 wird die Semiologie, in Kapitel 4 die Hämorrhagien besprochen und durch Zeichnungen erläutert; Kapitel 5 behandelt die Ätiologie, Kapitel 6 die pathologische Anatomie, Kapitel 7 die Blutanalyse, Kapitel 8 die Diagnostik, Kapitel 9 die Prognose, Kapitel 10 die Therapie. In Kapitel 2 sind vier Krankengeschichten mitgeteilt, für die auf das Original verwiesen wird.

Als Ursachen der Obliteration (Thrombose) der Vena port. sind zu nennen Blutveränderung und Gewebsveränderung der Venenwand durch Kompression oder Stenose. Die Plexus von Retzius, Hämorrhoidalanastomosen, die Anastomosen des Peritoneum parietale und der Bauchwand, endlich die Speiseröhrenanastomosen an der Cardia besorgen den Kollateralkreislauf. Blutungen aus der Nase, dem Zahnfleisch und der Speiseröhre sind sehr häufige Begleiterscheinungen; die letzteren sind gefährlich, Hämorrhoidalblutungen sind inkonstant. Die roten Blutkörperchen zeichnen sich gegenüber der Splenophlebitis durch Reichtum an Hämoglobin aus. Salinische Abführmittel dienen zur Entlastung in den gestauten Venen und erleichtern die Beschwerden. Talma's Operation ist in Fällen akzessorischer Pylethrombose zu empfehlen. Die Eck-Tansini'sche Fistelbildung auf operativem Wege zwischen Vena port. und Vena cava infer. findet in der Pylethrombose keine Indikation.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

25) **B. Müller.** Über Cholelithiasis und deren chirurgische Behandlung.

(Wiener med. Presse Bd. XLVI. Hft. 34—36.)

Verf. gibt einen kurzen Überblick über die chirurgische Behandlung der Cholelithiasis und geht dabei unter Anführung eines eigenen, günstig verlaufenen Operationsfalles ganz besonders auf die Cholecystenterostomie ein. Sie ist in allen jenen Fällen auszuführen, wo es sich um Stauungen in dem Gallensystem handelt, wo die Gallensteine durch das lange Verweilen der Gallenblase entstehen. Es ist



nicht damit geholfen, die Steine einfach operativ zu entfernen, sondern man muß auch die Abflußverhältnisse genau prüfen. Die Cholecystenterostomie ist eine leichte und nicht gefährlichere Operation, als die Cholecystotomie zwecks Entfernen der Steine an sich schon ist.

Paul Wagner (Leipzig).

Kleinere Mitteilungen.

Quetschzangen mit Nahtrinnen bei der Verschlußnaht von Magen und Darm.

Von

Prof. **Graser** in Erlangen.

Der für einen ungestörten Heilungsverlauf wesentlichste Punkt bei allen Operationen, die mit Eröffnung des Magens und Darmkanals einhergehen, ist die Verhütung des Ausfließens des oft recht infektiösen Inhaltes. Es ist hier

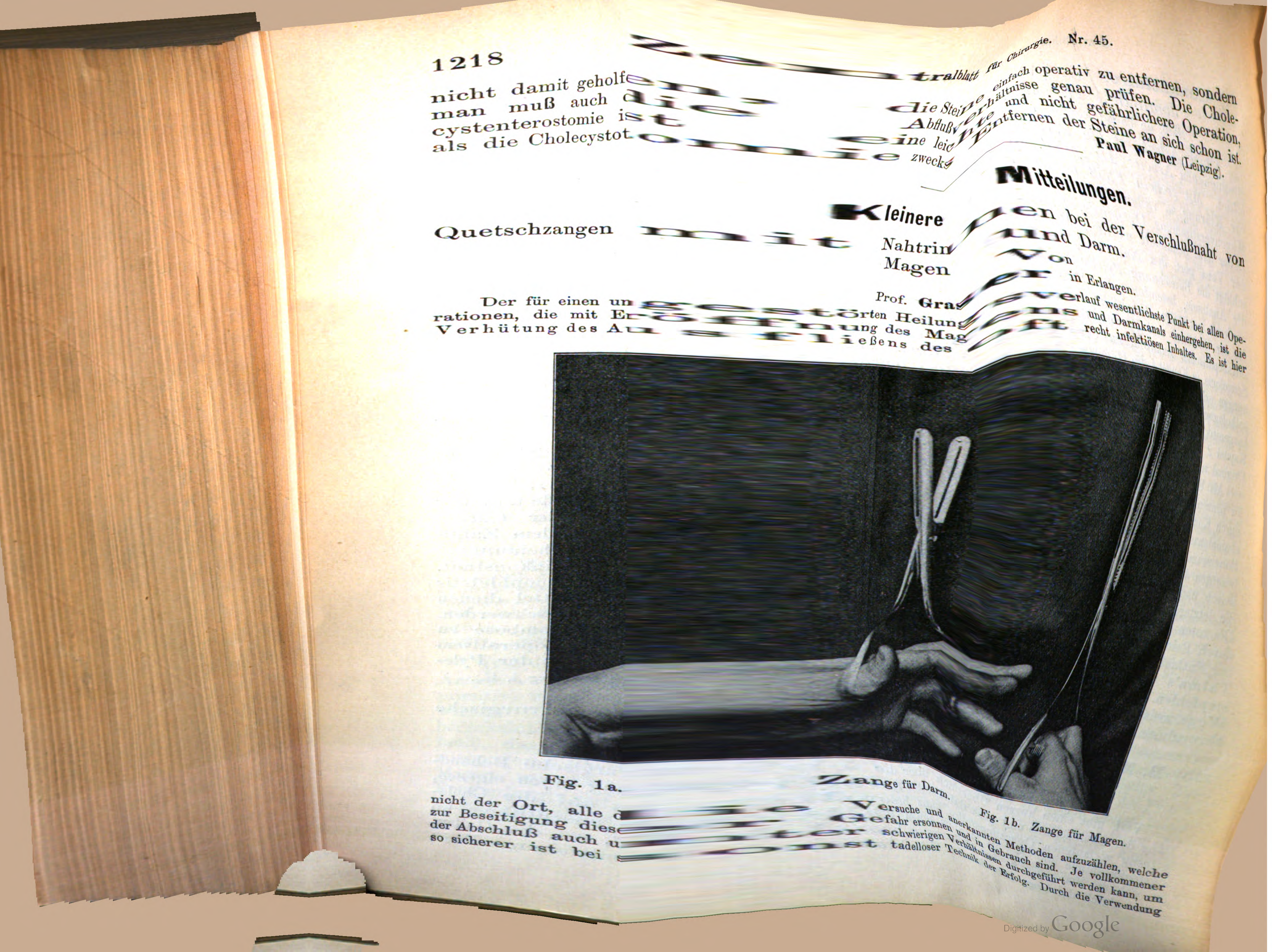


Fig. 1a. Zange für Darm. Fig. 1b. Zange für Magen.

nicht der Ort, alle die Versuche und anerkannten Methoden aufzuzählen, welche zur Beseitigung dieser Gefahr ersonnen und in Gebrauch sind. Je vollkommener der Abschluß auch unter schwierigen Verhältnissen durchgeführt werden kann, um so sicherer ist bei sonst tadelloser Technik der Erfolg. Durch die Verwendung

sicher fassender und festhaltender Klammern, Klemmen und namentlich der durch Doyen eingeführten Quetschzangen (Angiotrib, Enterotrib) ist die Technik wesentlich vereinfacht und der Abschluß der geöffneten Höhlen zweifellos sehr gefördert worden. Daß der Verschluß in ausreichender Weise auch durch die Hände eines geschickten Assistenten erzielt werden kann, beweisen zahlreiche nur auf diesem Wege erzielte ausgezeichnete Erfolge. Ein für die Ernährung ungefährlicher, zuverlässiger Verschluß durch eine auch beim Würgen, Erbrechen und sonstiger Unruhe des Pat. festsitzende Klemmzange scheint mir besser und wegen der geringeren Raumbeengung auch bequemer.

Bei der Exstirpation des Magenkarzinoms habe ich in letzter Zeit meistens den blinden Verschluß des Magens und des Duodenums mit nachfolgender Gastrojejunostomie (Billroth II) ausgeführt und habe die Verschlußnaht am Magen nach Abtrennung des Tumors bei noch liegender Quetschzange durchgeführt, wie es Kocher in seiner Operationslehre (IV. Aufl. p. 328) beschreibt. Ich benützte auch die von Kocher angegebene Quetschzange, welche durch sehr sichere Faßzähne ein Abgleiten fast mit Sicherheit verhindert.

Vor etwa einem Jahre habe ich mir nun zunächst für den Darm, später auch für den Magen eine Zange fertigen lassen[1], welche in der Mitte der Faßenden einen Ausschnitt hat, durch welchen bei festsitzender Zange unter Hin- und Herführen einer geraden Nadel mit fortlaufendem Faden die Verschlußnaht sehr bequem und sicher ausgeführt werden kann. (Fig. 1 a, b.)

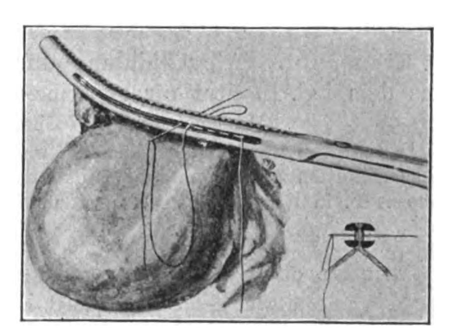


Fig. 2.

Magen resp. Darm wird dicht an der Zange mit dem Messer abgeschnitten; der freiliegende Stumpf, besonders die Schleimhautreste werden mit dem Thermokauter gründlich verschorft. Nun wird durch die Rinne der Nahtverschluß ausgeführt, die Zange durch Zusammenpressen geöffnet und unter einiger Nachhilfe (wenn fester am Magen haftend) abgenommen, während der Magenstumpf an den beiderseits geknoteten Fadenenden festgehalten wird. Es folgt die doppelte Überdeckung der Verschlußnaht, zuerst Seide, dann Catgut, gleichfalls mit gerader Nadel. Die erste Verschlußnaht liegt zwischen zwei fest zusammengepreßten Teilen, so daß ein Durchsickern von Flüssigkeit durch die Stichkanäle ganz ausgeschlossen ist. (Fig. 2.)

Dies kommt ja am Magen mit seiner dicken Wand weniger in Betracht, ist aber beim Duodenum oder Coecum recht wichtig. Ich verschließe auch das Duodenum meist mit einer queren Okklusionsnaht, weil ein guter Schnürverschluß bei kurzem Stumpf oft nicht günstig anzubringen ist.

Ferner verwende ich eine ebenso konstruierte gerade Quetschzange zum Durchnähen bei der Resektion des Proc. vermiformis, welche ich meistens unter Mitnahme eines kleinen Zipfels des Coecum ausführe.

Auch am Dickdarm ziehe ich einen (fast ebenso rasch auszuführenden) queren Nahtverschluß der Schnürung vor. Gerade in diesen zuletzt erwähnten Fällen erscheint mir das Durchnähen an einer nach beiden Seiten ganz sicher abgeschlossenen Stelle des Darmes zweckmäßig. Die Verwendung weiterer Klemmen zum Fernhalten des Inhaltes ist dabei überflüssig. Die Sicherheit des Festliegens der Zange ist durch die Doppelfurche ebenfalls vermehrt, so daß man mit der Zange die Teile gut festhalten und auch vorziehen kann.

---

[1] Bei Instrumentenmacher Kleinknecht in Erlangen.



Die Zangen lassen [illegible] sich auch zur provisorischen und definitiven Blutstillung, z. B. am Mesenterium, [illegible] dem Lig. latum gut verwenden.

Ich habe das Ver[illegible]ahren in einjähriger Anwendung (zehn Magenresektionen, zahlreiche Darmoperati[illegible]nen) so bewährt befunden, daß ich nicht anstehe, es zur Nachprüfung zu empfe[illegible]len.

26) **G. Heinze.** D[illegible]sinfektionsapparat mit strömendem Wasserdampf.

(Illustrierte [illegible]onatsschrift der ärztl. Polytechnik 1905. Juni.)

Obiger Apparat ar[illegible]eitet nicht mit Überdruck, ein Regulierventil sorgt dafür, daß der Dampf nicht h[illegible]ßer als 102° C werden kann. Die Feuerung befindet sich in einem ofenähnlichen [illegible]nterbau, auf welchen der Desinfektionsschrank für die zu desinfizierenden Sache[illegible] Wäsche, Verbandstoffe usw., aufgesetzt ist. Das verdampfende Wasser befi[illegible]et sich im Schrank auf der Feuerung. Der Apparat ist um die Hälfte billiger [illegible]s die mit Überdruck arbeitenden, immerhin gefährlichen Apparate. Abbildung [illegible] Original. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

27) **W. Braun.** H[illegible]zbarer Irrigator.

(Ärztl. Polytechnik 1905. Nr. 8.)

Obiger Irrigator w[illegible]d mit Hartspiritus oder Smaragd geheizt und liefert in einigen Minuten das nö[illegible]ge warme Wasser. Die Firma Gebr. Seidel in Marburg a. d. Lahn stellt den A[illegible]parat her. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

28) **Kranepuhl.** A[illegible]szeßbildung durch den Bacillus paratyphosus B.

(Aus dem kgl. Instit[illegible]t für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M.)

(Mün[illegible]ener med. Wochenschrift 1905. Nr. 28.)

Der Abszeß war an[illegible] Oberschenkel, wahrscheinlich durch äußere Infektion der Kochsalzinfusionsstelle, [illegible]n diesem entstanden und enthielt den Bacillus paratyphosus B. in Reinkult[illegible]r. Heilung nach ausgiebiger Spaltung. **Kramer** (Glogau).

29) **Etienne et Joy[illegible]ux.** Septicémie colibacillaire.

(Revue f[illegible]rançaise de méd. et de chir. 1905. Nr. 36.)

Bei dem 65jährigen [illegible] Pat. traten einige Wochen nach einer Cystostomia suprapubica mit günstigem V[illegible]erlaufe plötzlich die Erscheinungen einer Septhämie auf, ohne daß der Urin eitri[illegible]g, die Nierengegend schmerzhaft gewesen wäre. Die Diagnose: Septhämie mit A[illegible]usgang von den Harnwegen durch Bakterium coli-Infektion wurde jedoch durch [illegible] die Autopsie bestätigt. Aus dem Blute wurde Bakterium coli in Reinkultur gezüch[illegible]tet, welche für Tiere stark virulent war. Charakteristisch für Koliinfektion war au[illegible]ch in diesem Falle die Temperaturkurve; zunächst 11 Tage lang andauernd hohes F[illegible]ieber, sodann bis zum Tode 10 Tage lang andauernd subnormale Temperaturen. [illegible] Diese Hypothermie infolge der Kolitoxine tritt regelmäßig, auch im Tierversuch auf, [illegible] sobald die Infektion eine schwere, die Virulenz eine große geworden ist. **Mohr** (Bielefeld).

30) **Hallé.** Phlegmo[illegible]on gazeux développé au cours de la varicelle.

(Soc. de pédiatrie 1905. Mai 16.)

H. beobachtete bei [illegible] einem 4jährigen, sonst kräftigen Kinde im Verlaufe einer leichten Varicellenerkran[illegible]kung eine schwere ausgedehnte Gasphlegmone, welche von einem Varicellenbläschen [illegible]n an der großen Schamlippe ausging; sie verbreitete sich sehr schnell trotz vielfac[illegible]her Inzisionen auf die angrenzenden Partien des Rumpfes, des Oberschenkels und [illegible] *schließlich* bis auf den Rücken und bis zur Achselhöhle hinauf. Im Bereiche d[illegible]er *Gasentwicklung* entleerte sich kein Eiter, sondern fast klare, seröse Flüssigkeit [illegible] *mit putridem* Geruche. Trotz des schweren Allgemeinzustandes und der Ausde[illegible]hnung der Phlegmone trat Heilung ein. Der histologische und bakteriologische Be[illegible]fund wird ausführlich mitgeteilt. Es fanden sich ebenso

wie auch in den übrigen in der Literatur vorhandenen Fällen von gangränösen Varicellen vorwiegend anaerobe Keime, die der anaeroben Flora der Genitalgegend angehören, nämlich Bacillus funduliformis et nebulosus (in der Vagina und bei Bartholinitis vorkommend), und Diplococcus reniformis (in Urinabszessen beobachtet); als vierter Keim fand sich ein bisher nicht bekannter, ebenfalls anaerober Keim, daneben nur in sehr geringer Anzahl auch Streptokokken. Bei der Gasphlegmone kann man demnach außer dem Vibrion septique (Pasteur) und dem Bacillus aerogenes capsulatus auch noch andere anaerobe Mikroorganismen finden; die in vorliegendem Falle nachgewiesenen können ebenso die Ursache putrider Pleuritiden mit Gasentwicklung sein. **Mohr** (Bielefeld).

31) **Fichtner** (Leipzig). Über leichte Formen von Holzphlegmonen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 35.)

Den von F. beschriebenen fünf Fällen war eigen: 1) plötzliche Anschwellung der submaxillaren und retroaurikularen Lymphdrüsen einer Seite mit leichter Beteiligung des periglandulären und subkutanen Gewebes, nicht der Haut; 2) außerordentlich derbe und harte Konsistenz; 3) Schmerzlosigkeit; 4) keine wesentliche Störung des Allgemeinbefindens (nur in zwei Fällen leichtes Fieber im Anfange der Erkrankung, einmal Kniegelenksschwellung); 5) geringe Neigung zur Erweichung und Eiterung (in einem Falle); 6) sehr langsame Rückbildung, meist erst nach Monaten. F. hat die Überzeugung, daß seine Fälle den von Reclus beschriebenen Holzphlegmonen nahe ständen, wahrscheinlieh sogar als leichtere Formen derselben aufzufassen seien, obwohl er selbst zugibt, daß bei den bisher beschriebenen Fällen von Holzphlegmonen überwiegend das Unterhautzellgewebe in großer Ausdehnung ergriffen war. **Kramer** (Glogau).

32) **M. v. Brunn.** Über die Stauungsbehandlung bei akuten Entzündungen nach den bisherigen Erfahrungen der v. Bruns'schen Klinik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 845.)

In der v. Bruns'schen Klinik wurden bisher insgesamt 65 Fälle von akuten Entzündungen mit Stauung nach Bier behandelt. Sie verteilen sich auf 34 Panaritien und Phlegmonen der oberen und unteren Extremität, fünf Vereiterungen großer Gelenke (Fuß-, Knie- und Schultergelenk), vier Osteomyelitiden, zehn infizierte Wunden, fünf umschriebene Abszesse und sieben Mastitiden. Die gemachten Erfahrungen waren recht ermutigende, besonders bei frischen Fällen und bei den schweren Phlegmonen der Extremitäten. Auffallend war die häufige Entstehung eines Erysipels an dem peripher von der Binde gelegenen Gliedabschnitte. Dieses Ereignis trat nicht weniger als sechsmal ein, ohne daß etwa an eine Übertragung des Erysipels zu denken gewesen wäre. In der Regel traten die Erysipele dann auf, wenn an einer seit längerer Zeit gestauten Extremität ein neuer Eingriff an der entzündeten Wunde vorgenommen worden war. Die Erysipele verliefen typisch unter oft sehr hohem Fieber, gingen aber stets ohne Schädigung des Pat. vorüber.

Von den sieben mit Saugung behandelten Mastitiden verliefen vier leichte Fälle mit umschriebenen Abszessen sehr rasch. Zwei weitere schwerere wurden ebenfalls günstig beeinflußt und heilten insbesondere ohne Entstellung der Mammae. Ein letzter Fall von doppelseitiger Mastitis dagegen nahm nach anfänglich scheinbar günstiger Beeinflußung durch die Stauung infolge des Hinzutretens von septischen Erscheinungen einen so schweren Verlauf, daß die eine Mamma ganz, die andere teilweise amputiert werden mußte. Dann trat Heilung ein.

Verf. vermutet, daß der schwere Verlauf dieses Falles wie auch das häufige Auftreten von Erysipelen darauf zurückzuführen ist, daß die Lymphgefäße in den gestauten Bezirken eine Veränderung erfahren, welche sie zur ausgiebigen Resorption der in der Wunde gebildeten Toxine und zur Infektion durch Streptokokken besonders geeignet macht. Welcher Art diese Veränderung ist, bleibt allerdings vorerst noch unbekannt. (Selbstbericht.)



33) Derlin (Thorn [illegible]). Beitrag zur Behandlung akuter Eiterungen mit Bier'scher Stauungshyperämie.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 29.)

Die drei mitgeteilten Fälle — zwei von Sehnenscheidenphlegmonen, einer von akuter eitriger Periostitis traumatica — zeigten bei Anwendung der Bier'schen Stauungsmethode nach vorheriger Entleerung des Eiters durch Einschnitt einen durch rasches Aufhören der Schmerzen, des Fiebers und Ausheilung mit gutem funktionellen Resultat ausgezeichneten Verlauf. **Kramer** (Glogau).

34) Bier und Klapp. Stau- und Saugapparate zur Behandlung entzündlicher Erkrankungen.

(Ärztl. Polytechnik 1905. Nr. 8.)

Zehn Abbildungen im Original erläutern die Form und Anwendung des Schulterstauungsschlauches, der Stauungskrause für den Hals, Saugglocken für Furunkel, Karbunkel, Abszesse, Panaritien, Mastitis, Gonorrhöe usw. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

35) W. M. F. Brea[illegible]y (Ann Arbor, M.). Parasitic sycosis communicated from cattle.

(Journ. of cutan. diseases including syphilis 1904. December.)

B. berichtet über einige Fälle von Trichophytis, bei denen die Infektion vom Rindvieh ausging. In einem Falle war die ganze Rinderherde einer Farm infiziert. Auch auf ein Pferd, welches mit dem Rindvieh zusammen weidete, war die Krankheit übertragen worden. **Urban** (Breslau).

36) H. H. Koehler. [illegible] Report of a case of blastomycosis.

(Journ. of cutan. diseases including syphilis 1904. December.)

Ein Fall von Blastomykosis bei einem 39jährigen Neger. Mehrere zusammenhängende größere Herde von warzenähnlichem Aussehen. Typischer mikroskopischer Befund: Starke Epithelwucherungen mit zahlreichen miliaren Abszessen, in denen die Pilze leicht nachgewiesen werden können. Exzision sämtlicher Herde. Heilung teilweise unter Keloidbildung, innerlich Darreichung von Jodkali. **Urban** (Breslau).

37) P. D. Solowow. [illegible] Jodcatgut in der Chirurgie und Gynäkologie.

(Russ. [illegible] Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

S. hat durch spezifisch russische Zustände einerseits und die Beobachtung, daß das Catgut durch Liegen in der wäßrigen Lösung leidet, andererseits sich veranlaßt gesehen, die Claudius'sche Methode zu ändern. Er wickelt das rohe Catgut auf und legt es für mindestens 7 Tage in eine 1%ige alkoholische Jodlösung (käuflicher 57%iger Spiritus). Dieses Material ist in einer großen Zahl von Fällen mit Erfolg angewandt worden. **V. E. Mertens** (Breslau).

38) Desguin. Auto-rétracteur pubien.

(Ann. de la soc. méd.-chir. d'Anvers 1905. Juin.)

Bei seinen Operationen im kleinen Becken vom Bauch aus wendet D. seinen Retrakteur seit einem Jahre an, um die Weichteile auseinander zu halten und gute Einsicht in die Tiefe zu gewinnen. Er wirkt durch ein über eine Gabel ziehendes Gewicht automatisch. Man kann während der Operation die Richtung des Zuges beliebig ändern. Abbildung im Original. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

39) Senorans. Apparat zur Aushebung des Magensaftes.

(Ärztl. Polytechnik 1905. Juli.)

Der Apparat besteht *aus einer graduierten, 150 g haltenden Flasche, an deren* Halse seitlich eine kleine *Glasröhre zum Ansetzen des Magenschlauches angebracht*

ist. Ebenfalls am Halse befindet sich etwas höher oben eine kleine Öffnung. Oben auf der Flasche sitzt ein Gummiballon, der Ansauger; preßt man ihn zusammen, so entweicht die Luft durch die kleine Öffnung, beim Wiederausdehnen hält man die Öffnung zu, und nun saugt der Sauger den Mageninhalt durch den Schlauch in die Flasche, welche verkorkt dem Laboratorium zur Untersuchung ohne weiteres übergeben werden kann. Fabrikant ist H. Gentill, Paris, 49 Rue St. André des arts.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

40) **Héraud.** Doppelläufiger Katheter zur Behandlung von Darm- und Unterleibsentzündungen.

(Illustrierte Monatsschrift der ärztl. Polytechnik 1905. Mai.)

H. hat bei Gaillard (Paris, Rue Danton 9) ein fingerdickes Rohr mit Scheidewand und Seitenöffnungen, bestehend aus gummiertem Seidengewebe, anfertigen lassen, dessen zuführender Teil enger ist als der abführende. Es wird hoch hinauf in den Mastdarm geschoben. Das äußere Ende läuft in zwei Einzelrohre auseinander zum Ansatz von Schläuchen. Man kann mittels dieses Katheters Darmspülungen machen, ohne druckerhöhend zu wirken. (Abbildung im Original.)

E. Fischer (Straßburg i. E.).

41) **C. P. Flint.** Traumatic rupture of the intestine without injury to the abdominal wall.

(New York med. record 1905. February 18.)

An der Hand von zwei selbst beobachteten Fällen, welche besonders klar die Schwierigkeiten der Diagnose und die große Wichtigkeit sofortigen Eingriffes bei den obengenannten Bauchverletzungen zeigen, erläutert F., daß eigentlich kein positives Symptom eine Ruptur des Darmes sicher zu stellen brauche und die absolute Diagnose oft unmöglich sei. Bei irgendwelchem Verdachte sind Klistiere und viele Getränke jedenfalls zu vermeiden.

Die Zeitdauer bis zur Operation in sechs glücklichen Fällen betrug im Durchschnitte nur 8 Stunden, dagegen bei neun tödlichen Ausgängen $22^1/_2$ Stunden, woraus sich klar die guten Aussichten für einen frühen Eingriff ergeben.

Die Probelaparotomie ist bei allen Fällen mit ausgesprochener Rigidität gerechtfertigt, aber bei Hinzutritt noch irgendwelcher anderweitiger Symptome, als Schmerzen, Empfindlichkeit, Brechen, Chok usw., absolut notwendig. Jedes Trauma, welches den Leib betrifft, kann mit inneren Verletzungen verbunden sein.

Loewenhardt (Breslau).

42) **Daireaux.** Contusion du caecum, du colon ascendant et de l'anse terminale de l'iléon sans perforation.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 9.)

Ein junger Soldat fiel bei einer Übung am Barren mit dem Bauch auf die Erde. Es stellten sich Fieber, Pulsbeschleunigung, brettharte Spannung der Bauchdecken ein, so daß die Laparotomie nötig wurde. Außer einem trüben Exsudate fand man nur eine Kontusion des Blind- und des terminalen Dünndarmes mit kleinen Ekchymosen, aber keine Perforation. Der Verletzte ging an den Folgen einer allgemeinen Bauchfellentzündung trotz ergiebiger Drainage der Bauchhöhle zugrunde. Auch bei der Autopsie wurde keine Perforation gefunden. D. glaubt, daß es sich um einen Riß der Schleimhaut und Muscularis gehandelt habe, welcher auch bei unversehrter Serosa die Bauchfellentzündung hervorrief.

Herhold (Altona).

43) **V. Gillot.** Du paludisme à forme de péritonite aiguë.

(Semaine méd. 1905. Nr. 37.)

Es gibt Fälle von Malariaerkrankungen — Verf. verfügt über drei —, in denen der Anfall mit allen Anzeichen einer akuten Peritonitis einsetzt — schmerzhafte



Auftreibung des Le[illegible]bes, unstillbares Erbrechen, flatternder hoher Puls, allgemeiner Verfall —, so daß [illegible] in einem Falle die Laparotomie vorgenommen wurde. Vor diesem Mißgriffe ka[illegible]nn man sich nur durch die Blutuntersuchung schützen, die in den beiden anderen [illegible] Fällen sowie in dem operierten nach der Operation Plasmodien ergab. Große Dose[illegible] von Chinin beseitigten schnell alle bedrohlichen Erscheinungen.

Coste (Straßburg i. E.).

44) **Eyre and F**[illegible]**wcett.** A case of subdiaphragmatic and hepatic absc[illegible]ss consecutive to mediterranean fever.

([illegible] Guy's hospital reports Vol. LIX. 1905.)

Ein 38jähriger [illegible]ohlenträger, der während eines 2jährigen Aufenthaltes in Malta Maltafieber e[illegible]orben hatte, erkrankte (wie lange später, ist nicht gesagt; Ref.) mit Schmerze[illegible] in der Magengegend. Es fand sich ein intraperitonealer Abszeß im Epigastr[illegible]n, das geöffnet wurde. Ein Vierteljahr später — nachdem der erste Abszeß lä[illegible]t verheilt war — trat ein neuer, subphrenischer Abszeß im rechten Hypochondr[illegible]m auf. Der Abszeß wurde auf transpleuralem Wege gespalten, aber Pat. st[illegible]b trotzdem nach etwa 14 Tagen. Im Eiter fand [illegible]h der Mikrokokkus melitensis; ebenso bei der Autopsie in dem Milzblut.

Engelmann (Dortmund).

45) **R. Haecker.** [illegible] Erfahrungen über Appendicitis am Krankenhause zu Heilbronn.

(Bei[illegible]träge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 596.)

Unter den 142 [illegible]llen, welche in der Zeit vom April 1895 bis Mai 1905 zur Behandlung kamen, [illegible]urden 6 in den ersten 48 Stunden operiert, sämtlich in den Jahren 1904 und 190[illegible] bei 85 wurde in einem späteren Stadium des Anfalles eingegriffen. Eine Inte[illegible]alloperation wurde nur 9mal ausgeführt. 43 Fälle blieben unoperiert. Einmal [illegible]m eine Appendicitis im Bruchsacke zur Operation.

Von den 6 Kran[illegible]en mit Frühoperation starb der erste an allgemeiner Peritonitis, die 5 übrigen [illegible]wurden geheilt.

Unter den Fällen [illegible] von Spätoperation im Anfalle handelte es sich 14mal um eine bloße Abszeßspal[illegible]ung. Die Zahl dieser Operationen war in den letzten Jahren im Abnehmen begriff[illegible]n, weil neuerdings in der Regel auch bei Abszeßoperationen der Wurmfortsatz mi[illegible]entfernt wurde. 13 Pat. wurden geheilt, 1 starb an Ileus, 2mal blieben Narben[illegible]rüche zurück, 1mal trat ein Rezidiv der Appendicitis nach 3 Jahren auf.

Abszeßspaltungen [illegible] mit gleichzeitiger Entfernung des Wurmfortsatzes wurden 41mal ausgeführt. E[illegible]s war dies im Heilbronner Krankenhause seit 2 Jahren die am häufigsten ausgef[illegible]ihrte Appendicitisoperation, für welche Verf. warm eintritt, da die von anderen A[illegible]utoren befürchteten Nachteile in der Praxis nicht eintraten. 1 Pat. starb an Peri[illegible]tonitis. Bei 5 Pat. waren noch weitere Abszeßspaltungen erforderlich. 5mal tr[illegible]aten Darmfisteln auf, von denen aber nur 2 an der Stelle des resezierten Wurmforts[illegible]atzes entstanden. 2 Fisteln schlossen sich von selbst, während die übrigen zu Nacho[illegible]operationen Anlaß gaben. Nach den eingezogenen Erkundigungen sind 34 Pat. [illegible] vollständig beschwerdefrei, 5 haben zeitweise Schmerzen in der Narbe, 1 war weg[illegible]en eines Leberabszesses noch in Behandlung.

Eine bloße Absz[illegible]eßspaltung mit sekundärer Resektion des Wurmfortsatzes wurde bei 3 Pat. vor[illegible]genommen, gelegentlich der Beseitigung eines Bauchbruches nach der einfachen A[illegible]bszeßspaltung.

27mal lag eine al[illegible]llgemeine Peritonitis vor. Bei 10 dieser Fälle wurden lediglich Inzisionen zur En[illegible]ntfernung des Exsudates gemacht, 17mal wurde gleichzeitig der Wurmfortsatz entf[illegible]ernt. In der ersten Gruppe betrug die Mortalität 6 = 60%, in der zweiten Gruppe[illegible]e 6 = 35%. Die Gesamtmortalität der Peritonitisfälle betrug 12 = 44,4%. Diese 1[illegible]2 Todesfälle machen 80% der Gesamtmortalität aus.

Unter den 8 Inte[illegible]rvalloperationen befinden sich 3 Fälle, bei denen nicht nur der Wurmfortsatz rese[illegible]eziert, sondern eine Darmresektion gemacht werden mußte.

Einer dieser Fälle bekam eine Kotfistel, derentwegen die Enteroanastomose wiederholt wurde. Einen Todesfall enthält diese Gruppe nicht.

Bei den 42 nicht operierten Fällen handelte es sich meist um ganz leichte Erkrankungen oder um sehr rasch vorübergehende Anfälle. Der einzige Todesfall dieser Gruppe betraf einen Pat., der moribund eingeliefert wurde.

Die Gesamtmortalität beträgt 16 = 11,3%, die Mortalität der operierten Fälle 15%. Rechnet man die Peritonitisfälle mit ihren 12 Todesfällen ab, so beträgt die Mortalität der wegen eines lokalisierten Entzündungsprozesses Operierten 3,4%, die der Intervalloperationen 0%. **M. v. Brunn** (Tübingen).

46) **F. Bode.** Die chirurgische Behandlung der Appendicitis. Auf Grund von 450 Operationen im akuten Stadium.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 734.)

Die vorliegende, aus dem Rehn'schen Krankenhause hervorgegangene Arbeit gipfelt in einer rückhaltlosen und unbedingten Empfehlung der Operation in jedem Stadium des appendicitischen Anfalles. Die Gründe dafür sind die absolut unsichere Prognose des appendicitischen Anfalles, der jeden Augenblick zu einer lebensgefährlichen Verschlimmerung führen kann, das Fehlen jeden Anhaltspunktes, um nach den klinischen Symptomen den anatomischen Zustand des Wurmfortsatzes zu beurteilen, die Gefahr späterer Rezidive, und nicht zum wenigsten die ausgezeichneten Erfolge eines frühzeitigen chirurgischen Eingriffes. Unter den 450 im Anfall operierten Fällen wurden 90, die so frühzeitig operiert werden konnten, daß es noch nicht zu einer Eiterung in der Umgebung des Wurmfortsatzes gekommen war, sämtlich geheilt. Von 163 Pat. mit einfachen Abszessen starben nur 3. Bei 58 Abszessen mit Komplikationen betrug die Mortalität allerdings 21, doch handelte es sich dabei auch um sehr schwere Erkrankungen, nämlich 6mal um multiple Abszesse um den Wurmfortsatz mit weiter Verbreitung im Peritoneum (2 †), 2mal um Eiterungen im Mesenterium (0 †), 7mal um subphrenische Abszesse (3 †), 5mal um Phlegmone und Gangrän des Blind- und aufsteigenden Dickdarmes (3 †), 4mal um ausgedehnte Venenthrombosen (2 †), 2mal um Lungen- und Leberabszesse (1 †), 1mal um Pleuraempyem, das geheilt wurde, 5mal um Meningitis (2 †), 1mal um eine tödliche Nephritis mit Urämie, 2mal um Gelenkmetastasen (0 †), 10mal um Darmknickungen und Invagination (2 †), 5mal um Arrosion von Gefäßen (1 †), 1mal um Durchbruch in die Blase (1 †), 2mal um allgemeine Pyämie (2 †), 3mal um Phlegmonen der Bauchwand bei Diabetes (1 †), 2mal um Ausbruch einer akuten Psychose (0 †). Bei 139 = 36,25% fand sich schon bei der Operation eine diffuse Peritonitis, die bei 77 Pat. ausheilte, während 62 starben.

Exspektativ sollen nach der Ansicht des Verf.s nur die allerleichtesten Fälle behandelt werden. Den Gebrauch von Opium widerrät er dringend, weil dadurch das Krankheitsbild verschleiert wird. Eine Operation im freien Intervalle hält er nicht für erstrebenswert, weil sie nicht selten mit größeren Schwierigkeiten und Gefahren verknüpft sei als ein Eingriff im Beginne des akuten Anfalles. Alle schweren Komplikationen legt er der exspektativen Behandlung zur Last. Je früher operiert wird, um so besser ist die Prognose. Die Eröffnung des freien Bauchfelles ist seiner Erfahrung nach unter Wahrung der üblichen Kautelen völlig ungefährlich. Es wird sogar in der Rehn'schen Klinik prinzipiell durch die freie Bauchhöhle hindurchgegangen, im Interesse einer guten Orientierung, die zur Auffindung des Wurmfortsatzes, der möglichst immer entfernt wird, und etwaiger versteckter Abszesse unbedingt erforderlich ist. **M. v. Brunn** (Tübingen).

47) **W. M. Mintz.** Über Erkrankungen nach Entfernung des Wurmfortsatzes.

(Chirurgie 1905. [Russisch.])

Es seien nur die zum zweitenmal operierten Fälle mitgeteilt:

1) Der 15jährige Knabe begann 4 Monate nach der Intervalloperation über Schmerzen in der rechten Seite zu klagen. Die nach weiteren 9 Monaten vor-



genommene Relaparotomie ergab, daß das Netz und das Querkolon mit der Narbe verwachsen waren und letzteres spitzwinklig geknickt war. Die Verwachsungen wurden gelöst. Nach 10 Monaten begannen die Schmerzen von neuem.

2) Der 20jährige Pat. wurde im April 1904 operiert. Im Juli begannen Schmerzen, die besonders kurz vor dem Stuhlgange sich steigerten. Im September wurde neuerdings operiert: vom Blinddarme, der in großer Ausdehnung mit der Narbe verwachsen war, zogen drei streichholzdicke Stränge zur seitlichen Bauchwand. Außerdem war das Netz sowohl mit der Narbe als mit dem Ileum in der Gegend der Klappe verwachsen, so daß der Darm nach vorn und hinten fixiert war. Pat. ist nach Lösung der Verwachsungen vorderhand gesund geblieben.

Zum Beweise, daß ganz ähnliche Veränderungen auch durch die Appendicitis zustande kommen können, führt M. u. a. folgende Krankengeschichte an:

Die Pat. wurde wegen Darmverschlusses eingeliefert. Die Spitze des Wurmfortsatzes war — offenbar während einer vor 5 Jahren überstandenen Entzündung — an das Mesenterium des Ileum angewachsen. So war ein Ring entstanden, in dem jetzt eine 73 cm lange Dünndarmschlinge eingeklemmt war, die reseziert werden mußte.

V. E. Mertens (Breslau).

48) **H. Bardy.** Eine zuwenig beachtete Operationsmethode bei großen Cruralbrüchen.

(Finska Läkaresellskapets handlingar Bd. XLVII. p. 460.)

In einem Falle von rezidivierendem Cruralbruche bei einer 50jährigen Frau beseitigte Verf. die gänseeigroße Geschwulst dadurch, daß er das Lig. Pouparti der Länge nach spaltete und nach Beseitigung des Sackes in der Weise nähte, daß 4—5 starke Catgutnähte durch Mm. obliqu. intern. und transversus mit Fascia lata oben und durch das verdickte Periost des Schambeines (Lig. Cooperi) unten gelegt wurden, angefangen von der medialen Seite in der Nähe der V. femoralis. Im übrigen empfiehlt Verf. die bisher veröffentlichten ähnlichen Operationsverfahren von Lotheissen und von Codivilla, da sie größere Garantie gegen Rezidive liefern als andere Methoden und sich außerdem leicht ausführen lassen.

Hansson (Cimbrishamn).

49) **Jepson.** An extensive hernia of the diaphragm.

(Brit. med. journ. 1905. September 9.)

Ein Bergmann erleidet eine schwere Rumpfquetschung, nimmt nach 15 Wochen seine Arbeit wieder auf und stirbt eine Woche später unter heftigen Schmerzen im ganzen Leibe. Die Sektion ergibt, daß durch einen fast faustgroßen Riß in der linken Zwerchfellhälfte der ganze Magen und ein großer Teil des Dickdarmes in die linke Brusthälfte hineingeraten war. Die Todesursache war ein perforiertes Magengeschwür an der hinteren Wand. Der Mann hatte ohne wesentliche Beschwerden mit dieser Dislokation seiner Eingeweide in den Pleuraraum eine Woche lang gearbeitet.

W. Weber (Dresden).

50) **H. Mac Leod.** A remarkable collection of foreign bodies removed from the stomach.

(Practitioner 1905. September.)

Eine 30jährige Frau, welche nach der Amputation eines stark verletzten Daumens psychische Veränderungen zeigte, ihren häuslichen Pflichten aber in jeder Weise nachkam, hatte, des Lebens überdrüssig, zahlreiche Fremdkörper geschluckt, die allmählich zu einer Perforation der vorderen Magenwand mit Abszeßbildung in der Umgebung des Nabels führten. Bei der in Äthernarkose ausgeführten Spaltung des Abszesses ließ sich eine enge Kommunikation mit dem Mageninnern feststellen, und nach stumpfer Dehnung des Fistelganges konnte eine große Anzahl verschiedener Fremdkörper mit der Zange entfernt werden (52 Nadeln, zahlreiche große und kleine Nägel, Schrauben, Pinnen, Metallstücke, Zähne, Glasstücke usw.). Die Wunde wurde offen gelassen, die Haut mit Salbenverbänden versehen, um

dieselbe vor Verätzung durch den Magensaft zu schützen. Trotz guter rektaler Ernährung starb die Frau 6 Tage nach der Operation an Inanition. Durch die Sektion ließ sich feststellen, daß kein Fremdkörper mehr im Magen war. Die Wandung des letzteren war sehr verdickt, feste Verwachsungen schlossen die Bauchhöhle vom Fistelgang ab. Eine der Arbeit beigefügte Photographie zeigt die verschiedenen, zum Teil sehr spitzen Fremdkörper; 17 Glassplitter sowie 2 Kalkstücke, die ebenfalls im Magen lagen, sind nicht mit photographiert worden.

Jenckel (Göttingen).

51) **Fertig** (Kassel). Über Ulcus ventriculi traumaticum.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 37.)

Ein gesunder, kräftiger, 28jähriger Mann erhielt bei gefülltem Magen einen Hufschlag gegen den Leib. Die kleine Kurvatur wurde gegen die Wirbelsäule gedrückt, wodurch Risse in der Magenschleimhaut entstanden, die durch die Salzsäurewirkung zu tiefen Geschwüren wurden; durch Arrosion der Art. coronaria dextra in der Tiefe des größten derselben kam es am 6. Tage nach der Verletzung zu tödlicher Blutung. Bei dem bald nach dem Unfalle von F. ausgeführten Bauchschnitte war eine Verletzung eines Bauchorganes nicht gefunden worden.

Kramer (Glogau).

52) **M. Manges.** Primary sarcoma of the stomach.

(Med. news 1905. July 29.)

Verf. bereichert die Kasuistik der Magensarkome um zwei Fälle, welche, ohne operiert zu sein, tödlich verliefen.

Für das Studium der immerhin nicht häufigen Erkrankung werden die Arbeiten von Schlesinger, Fenwick, Alexandri und Oberst empfohlen.

Hofmann (Karlsruhe).

53) **H. Brooks.** Three additional cases of primary sarcoma of the stomach.

(Med. news 1905. July 15.)

Verf. hält das primäre Magensarkom für nicht allzu selten und glaubt gegenüber dem Karzinom einige differentialdiagnostische Merkmale geltend machen zu können.

In dieser Hinsicht seien das Vorhandensein von freier HCl und Milchsäure, der träge Verlauf der Erkrankung, sowie das Fehlen von tastbaren Metastasen, endlich die spärlichen Mengen Blut im Erbrochenen von Wert.

Bei den drei beschriebenen Fällen saß die diffus infiltrierende Geschwulst am und in der Nähe des Pylorus und hatte die Schleimhaut nur in einem Fall usuriert.

Hofmann (Karlsruhe).

54) **H. Fischer.** Ein Fall von Fibrolipom des Magens, kompliziert mit Tetanie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 3.)

F. veröffentlicht die Krankengeschichte einer Pat., welcher ein Fibrolipom des Magens reseziert wurde. Im Anschluß an die Operation kam es zu einem Tetanieanfall, ohne daß die Kranke sonst einen Zustand aufwies, der erfahrungsgemäß zu tetanischen Krämpfen führt. Die Anfälle waren übrigens leicht und wahrscheinlich durch eine Intoxikation bedingt. Die letztere wiederum hatte ihren Anlaß in der Speiseretention durch motorische Insuffizienz des Magens, welche vorübergehend durch das operative Trauma bei der nervösen Person hervorgerufen war.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

55) **M. Matsuoka.** Zur pathologischen Anatomie des Carcinoma papillosum ventriculi.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 723.)

Bei einem Resektionspräparate der v. Mikulicz'schen Klinik, das von einem 55jährigen Pat. gewonnen wurde, fand sich ein Karzinom der Pars pylorica mit



multiplen papillös [illegible] ebauten Epithelgebilden, eine Wucherung der Epithelschicht der Magenwand u [illegible] d eine Papillomatose des resezierten Stückes der Duodenalschleimhaut. Der [illegible] all scheint bis jetzt unter den Magenkrebsen ein Unikum zu sein. Im Krebsgew [illegible] ebe fanden sich Muskelfasern, die teils hypertrophische, teils degenerative Verän [illegible] erungen aufwiesen. Die Krebszellen lagerten sich diesen Muskelfasern vielfa [illegible] in ähnlicher Weise an, wie die Osteoklasten den zu resorbierenden Knochenbäll [illegible] hen. Auch neugebildete elastische Fasern fanden sich in dem Karzinomgewebe v [illegible] Die Verbreitung des Karzinoms geschah in der Art, daß die normale Epithelschi [illegible] t der Magenwand vernichtet wurde. Die Tunica propria blieb eine Zeitlang versc [illegible] nt und ermöglichte es so dem Karzinom, sich der normalen Organstruktur anzup [illegible] ssen. **M. v. Brunn** (Tübingen).

56) E. v. Rindfl [illegible] **sch.** Scirrhus ventriculi diffusus.

(Verhandl. d. physik [illegible] med. Gesellschaft zu Würzburg. N. F. Bd. XXXVII. Nr. 8.)

Die vorliegende [illegible] bhandlung liefert einen bemerkenswerten Beitrag zur Frage der Krebsätiologie. [illegible] Anlehnung an die Cohnheim'sche Theorie spricht v. R. die Ansicht aus, daß e [illegible] e Absprengung von Gewebsteilen, die in der Folge zu Geschwulstkeimen werd [illegible], auch im postembryonalen Leben wahrscheinlich sei, namentlich durch Traumen [illegible] d durch chronisch produktive Entzündungen, Geschwüre usw. Hierfür spricht nic [illegible] bloß die klinische Erfahrung, sondern auch die anatomische Beobachtung, die i [illegible] olchen Fällen ein polyzentrisches, ja sogar ein diffuses Einsetzen der Geschwul [illegible] bildung zeigt und die Annahme eines einzigen versprengten embryonalen Geschw [illegible] stkeimes ausschließt. Zur Stütze seiner Ansicht gibt R. eine sehr eingehende pat [illegible] logisch-anatomische Beschreibung eines Falles von Scirrhus ventriculi diffusus, [illegible] r sich bei einem 25jährigen jungen Mann entwickelt hatte und unter dem Bild [illegible] von Magenstörungen und einer schweren perniziösen Anämie verlief. Die Diagno [illegible] konnte erst durch die Autopsie gestellt werden. Als wichtigstes Ergebnis sein [illegible] r Untersuchungen stellte R. fest, daß der Scirrhus aus einer gegenseitigen Durchw [illegible] chsung des Drüsenepithels und des wuchernden Bindegewebes an den noch in ihr [illegible] r Form und Lage deutlich erkennbaren Drüsenkörpern entstanden sei und illu [illegible] riert dies durch eine Tafel. Dieser Vorgang ist gleichzeitig und fast überall an [illegible] er ganzen Magenwand eingetreten, so daß er das Gegenteil einer monozentrische [illegible] Karzinose darstellt, die allerdings nach den Untersuchungen Borrmann's die R [illegible] gel bildet. R. erblickt in diesem Fall eine Unterstützung der von ihm ausgesp [illegible] ochenen Ansicht, wonach entzündliche Vorzustände, namentlich chronisch-katarr [illegible] alische, eine geschwürige Veränderung, möglicherweise aber auch andere Entzünd [illegible] ngen der Geschwulstbildung die Wege ebnen können. (Der Fall verdient auch [illegible] it Rücksicht auf die Frage der Karzinose bei jugendlichen Individuen Beachtung [illegible], deren offenbare klinische Bösartigkeit möglicherweise in der Art des Wachstums [illegible] ine Erklärung findet. **Deutschländer** (Hamburg).

57) Sarvonat. L [illegible] e rétrécissement congénital hypertrophique du pylore chez le nouveau-né.

Paris, **Maloine,** 1905. 93 S.

S. vermehrt die [illegible] Kasuistik der angeborenen Pylorusstenose um drei weitere Fälle, von denen zw [illegible] ei ohne chirurgischen Eingriff tödlich ausgingen, der dritte durch Gastroenterosto [illegible] mie trotz schwerer Komplikationen (Fieber, Platzen der Bauchwunde) geheilt wurde [illegible]. Charakteristisch für diese in Frankreich noch wenig gekannte Krankheit sin [illegible] d die Konstanz und die Hartnäckigkeit der Stenosenerscheinungen, das Fehlen v [illegible] on Galle im Erbrochenen, der Ruck, mit dem das Erbrechen stattfindet, und der [illegible] angehaltene Stuhlgang. Die Diagnose wird gesichert, wenn sich abnorme Perista [illegible] ltik oder eine Geschwulst in der Pylorusgegend nachweisen lassen, und wenn tr [illegible] otz aller Sorgfalt ein allmähliches Sinken des Ernährungszustandes stattfindet. [illegible] Die Ursachen der Pylorusstenose liegen in einer angeborenen Hypertrophie der Ri [illegible] ngmuskulatur begründet. Der Prozeß ist einer spontanen Heilung zugänglich, d [illegible] ie durch kompensatorische Hypertrophie der übrigen Magen-

muskulatur vermittelt wird. Indessen ist nach Ansicht des Verf.s in der Mehrzahl der Fälle auf einen derartigen Ausgang nicht zu rechnen und ein chirurgischer Eingriff angezeigt. S. bevorzugt die Gastroenterostomie. Eine Kritik der verschiedensten Operationsmethoden sowie eine umfangreiche tabellarische Übersicht über die bisher veröffentlichten Fälle beschließen die Monographie.

Deutschländer (Hamburg).

58) **Mohrmann.** Ein Fall von Atresia duodeni congenita.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 586.)

Bei dem von Habs (Magdeburg-Sudenburg) am 4. Lebenstag ohne Erfolg gastroenterostomierten Kinde war die Diagnose auf suprapapilläre Duodenalatresie auf Grund folgender Symptome stellbar gewesen: häufiges Erbrechen, starke Magenerweiterung, außerhalb deren Grenzen der Bauch fast absolute Perkussionsdämpfung gibt, dazu gallenhaltige Mekoniumentleerungen. Das in skizzierter Zeichnung wiedergegebene Sektionspräparat zeigt starke Erweiterung des Magens und des oberen Duodenalabschnittes. Innerhalb des vertikalen Teiles ist das Duodenum völlig vom Pankreaskopf umwachsen, und endigen dies- und jenseits dieser Pankreasumwachsung die Duodenalstümpfe, etwas keulenartig erweitert, völlig blind. In der den Darm verschließenden Pankreassubstanz findet sich ein ca. 1 cm langer Strang, welcher eine feine Lichtung hat und nach der mikroskopischen, verkümmerte Darmwand zeigenden Untersuchung als das in seiner Entwicklung verödete Duodenumstück anzusprechen sei.

M. stellt dem seinigen einige sehr ähnliche Fälle aus der kasuistischen Literatur der Duodenalatresie zur Seite und bespricht das entwicklungsgeschichtliche Zustandekommen der Mißbildung. In den Embryonalstadien des 30.—60. Tages ist nach Tandler das Duodenum zunächst frei durchgängig; durch Wachstum der epithelialen Elemente nebst Bildung der Zotten und Falten wird seine Lichtung dann aber zeitweise verlegt, um später wiederum frei zu werden. Die Mißbildung mag auf Ausbleiben dieses Wieder-durchgängig-werdens der Darmlichtung begründet sein, welches seinerseits für das völlige Umwachsen des Pankreas um den Darm Gelegenheit geben könnte. — Literaturverzeichnis von 12 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

59) **Schüssler** (Bremen). Rebellischer Pylorospasmus; Gastroenterostomie. Heilung.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 36.)

Der Pylorospasmus war bei dem 32jährigen Manne durch Hyperazidität hervorgerufen und führte zu akuter Erweiterung des Magens im Pylorusteile, die schließlich einen hohen Grad annahm. Die Gastroenterostomose wurde nach Ermittelung der tiefsten Stelle des Magens mit Hilfe der Gastrodiaphanie an dieser, d. h. an der neben dem Nabel befindlichen Pars pylorica angelegt und beseitigte bei idealem Wundverlauf alle Beschwerden des Kranken.

Kramer (Glogau).

60) **F. Fränkel.** Beitrag zur Behandlung der nicht karzinomatösen Pylorusstenose durch Gastroenterostomie.

(Deutsches Archiv für klin. Medizin Bd. LXXXIV.)

F. berichtet über die Erfahrungen, die im Nürnberger städtischen Krankenhause mit der Gastroenterostomie bei nicht karzinomatösen Pylorusstenosen gemacht worden sind. Wenn auch die Pylorusresektion und die Pyloroplastik in gewissen Fällen wohlberechtigte Operationen bei diesem Leiden sind, so gibt F. dennoch der Gastroenterostomie wegen der relativ geringeren Gefährlichkeit den Vorzug. In der Regel wird die Gastroenterostomia posterior ohne Anastomosenbildung mit Anheftung einer kurzen Jejunalschlinge nach dem Vorschlage Petersen's ausgeführt. Der Murphyknopf findet nur in solchen Fällen Verwendung, wo eine rasche Ausführung der Operation angezeigt ist; im allgemeinen wird die Naht ohne



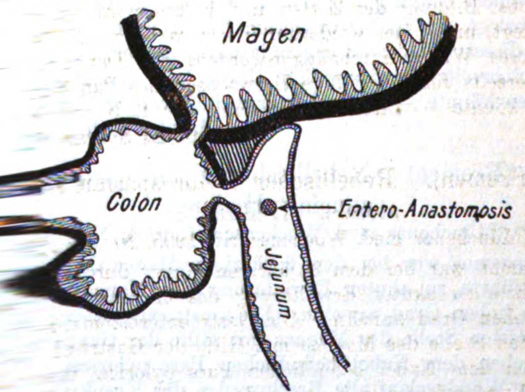
Knopf bevorzugt. In einem Falle scheint der Knopf bei einer Gastroenterostomia anterior die Ursache einer schweren Magenblutung gewesen zu sein; Pat. ging schließlich zugrunde. F. führt daher, wenn er den Knopf anwendet, stets die hintere Gastroenterostomie aus, weil bei dieser Methode ein Hineinfallen des Knopfes weniger zu befürchten sei. Insgesamt wird über 13 in dieser Weise behandelte Verengerungen des Magenausganges berichtet. Als Ursache der Stenosenerscheinungen ließen sich 7mal narbige Strikturen, 4mal entzündliche Geschwülste, wie sie sich nach Magengeschwür entwickeln, und 2mal Verwachsungen in der Pylorusgegend feststellen. Von diesen 13 Pat. sind 3 bald, 1 einige Zeit nach der Operation gestorben. In einem Falle kam es zu schweren Komplikationen, intraperitonealem Abszeß nach peptischem Jejunalgeschwür, Kotfistel; der Fall kam indessen zur Heilung. In den übrigen 8 Fällen war der Erfolg der Gastroenterostomie ein recht befriedigender und in 6 von diesen 8 Fällen war er einer klinischen Heilung völlig gleich zu erachten.

Deutschländer (Hamburg).

61) J. Kaufmann. Case of peptic ulcers after gastro-enterostomy causing gastro-colic and jejuno-colic fistulae, and of spontaneous closure of gastro-entero-anastomosis.

(Med. news 1905. July 8.)

Den im Titel enthaltenen Befund gibt die folgende Figur anschaulich wieder. Die Indikation zur Gastroenterostomie bei dem 44jährigen Pat. gaben Pylorusstenose und Hämatemesis ab. Die Rekonvaleszenz verlief ohne Störung, und der Kranke gewann in den folgenden 3 Monaten 27 Pfund. Darauf stellten sich wieder dyspeptische Beschwerden ein, die sich 2 Jahre hindurch zeigten. Im folgenden Jahre gesellte sich Erbrechen kotiger Massen hinzu, ohne daß jedoch der Darmweg verlegt war. Eine zweite Laparotomie ergab die skizzierten Verhältnisse. Die



Fisteln wurden geschlossen und die dadurch verursachte Verengerung des Colon transversum durch eine Anastomose zwischen Colon ascendens und Flexur mittels Murphyknopfes ausgeschaltet. Am 6. Tage nach der Operation trat eine Perforation der Flexur an der Anastomose ein, woran Pat. starb.

Von Interesse ist ferner die Tatsache, daß Koterbrechen nur selten auftrat, was ein über die Fistel herüberhängender Schleimhautwulst des Magens bewirkte.

Die Obliteration der Gastroenterostomieöffnung ist schon mehrfach beschrieben und hier insofern bemerkenswert, als keine Spur von der Anastomose mehr vorhanden war.

Die Ursache der Fisteln führt Verf. auf sekundäre Ulzerationen zurück.

Er warnt mit Rücksicht auf diesen Fall vor einer zu ausgedehnten Indikationsstellung bei gutartigen Erkrankungen und erinnert daran, daß Hyperazidität und chronische Gastritis nach der Gastroenterostomie nicht sofort verschwinden.

Hofmann (Karlsruhe).

62) **Fehre.** Zwei Fälle von Volvulus des Meckel'schen Divertikels.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 169.)

Die Fälle, welche der Leipziger Klinik gehören, wurden wegen auf akute Peritonitis hinweisender Symptome laparotomiert.

In Fall I, 15jähriges Mädchen, fand sich ein 18 cm langes, wurstförmiges, an der breitesten Stelle 6 cm im Durchmesser haltendes, frei endigendes Divertikel, welches an seinem Darmansatze vollständig um seine Längsachse gedreht war. Ein Mesenterium fehlte, das das Divertikel tragende Darmstück war unverändert und ungeknickt. Divertikel abgetragen, Naht des Darmes. Teilweise Gazedrainage des Bauches, Heilung. Am Divertikel war in der dem Darme zu gelegenen Hälfte die Schleimhaut teilweise durch Gangrän zerstört. Inhalt: blutiger Darminhalt, kein Fremdkörper, keine Perforation.

Fall II, einen 21jährigen Schlosser betreffend, zeigte ein 12 cm langes Divertikel, welches mit dem terminalen Ende am Nabel fixiert war. Auch hier keine Torsion oder Knickung der den Darmanhang tragenden Schlinge. Der Anhang war schwarz-blaurot, prall gefüllt, er hatte sich um seine Längsachse um 360° gedreht, so daß am Darm- wie am Nabelansatz Abschnürung eingetreten war. Abtragung des Anhanges, Darmnaht, Nachbehandlung wie in Fall I, jedoch Tod an Peritonitis. — In beiden Fällen ist die starke Füllung der Divertikel bemerkenswert, die zum Zustandekommen der Achsendrehung wohl von Wichtigkeit war.

F. fügt den eigenen Fällen 12 aus der Literatur gesammelte Parallelfälle bei, die klinischen Einzelheiten der Beobachtungen miteinander vergleichend. Die Prognose des Leidens ist noch recht übel. Von den 14 Pat. sind 10 operiert und von diesen nur zwei gerettet, der eine Fall von F. und ein anderer Fall von Riedel. Zum Schluß Literaturverzeichnis von 12 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

63) **F. R. Sturgis.** Rectal abscess containing gonococci without any accompanying gonorrhoea.

(New York med. record 1905. May 6.)

Ein Mann, welcher angeblich vor $6^1/_2$ Jahren die letzte Gonorrhöe durchgemacht hatte, bekam 3 Jahre später anscheinend spontan Nebenhoden- und Perinealabszesse. Nach weiteren $3^1/_2$ Jahren trat ein periproktitischer Abszess mit Diplokokken auf, welche bei mehrfachen Untersuchungen, wie von sachkundiger Seite bestätigt wurde, alle Eigenschaften von Gonokokken darboten.

Loewenhardt (Breslau).

64) **I. W. Kudinzew.** Zur chirurgischen Behandlung der Hämorrhoiden.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Die gleich Null zu rechnende Mortalität, das Fehlen des Nachschmerzes, das sichere Ausbleiben von Blutungen, Rezidiv und Striktur sind nach K. die großen Vorteile der Exzision der Hämorrhoiden. Im Verlaufe seiner 54 Fälle hat er keinen einzigen Zwischenfall erlebt, der der Methode zur Last zu legen gewesen wäre. K. dehnt den Sphinkter, unterbindet die einzelnen Knoten vor der Abtrennung und legt zum Schluß ein Tampondrain ein.

V. E. Mertens (Breslau).

65) **Bonne.** Prolapsus du rectum.

(Dauphiné méd. 1905. Juin.)

B. beseitigte bei einem 2jährigen Kind einen vollständigen Mastdarmvorfall in folgender Weise: Nach Reposition des Vorfalles wurde am hinteren Umfange des Afters Haut und Unterhautzellgewebe eingeschnitten, sodann der Eingriff senkrecht zur Schnittrichtung wieder vernäht, wobei der Sphinkter etwas mit in die Naht gefaßt wurde. Die Afteröffnung wurde hierdurch verengert, in den Mastdarm ein Drain eingeführt. Vollständiger, dauernder Erfolg.

Mohr (Bielefeld).



66) Mayo. Son[illegible]e remarks on cases involving operative loss of continuity of the common bile duct.

(Annals of surgery 1905. Nr. 7.)

M. pflanzte in [illegible]einem Falle von total narbig obliteriertem Choledochus den Ductus hepaticus i[illegible] das vorher durch Catgutnähte ganz an die Leber herangezogene Duodenu[illegible] Es wurde aus dem letzteren ein kleines elliptoides Stück herausgeschnitten u[illegible]d dann eine Anastomose zwischen dieser Öffnung und dem durchschnittenen ze[illegible]tralen Ende des Hepaticus angelegt. Der Erfolg war ein sehr günstiger.

Herhold (Altona).

67) R. Hilgerma[illegible]n. Ein Beitrag zu den traumatischen Erkrankungen des Pankreas.

[illegible]Virchow's Archiv Bd. CLXXXI. p. 276.)

Ausführliche B[illegible]chreibung des Sektionsbefundes eines an einem Karzinom des Pankreas verstorbe[illegible]n Mannes. Die Geschwulst saß im Kopfe der Bauchspeicheldrüse und hatte du[illegible]h Kompression zum Verschluß des Ductus choledochus geführt. Für seine Entstehu[illegible] wird ein Trauma — Sturz über ein Seil — verantwortlich gemacht. Residuen[illegible]einer Pankreasverletzung — Blutungen — waren nicht vorhanden. Dagegen fa[illegible]d sich eine ausgedehnte feste Verlötung der Bauchspeicheldrüse mit der hinteren W[illegible]nd des Magens. Das Zustandekommen dieser Verwachsung erklärt Verf. durch [illegible]ine infolge der Pankreasverletzung verursachte reaktive Entzündung in der Um[illegible]ebung des Organes.

Zwischen der [illegible]erletzung und dem Tode des Pat. lag ein Zeitraum von ca. 8 Monaten.

Doering (Göttingen).

68) Zimmermann[illegible] Zur Entstehung von Pankreascysten durch Trauma.

(B[illegible]träge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 582.)

Von den beide[illegible] mitgeteilten Fällen betraf der erste einen 20jährigen Mann, der einen Tritt gege[illegible] den Bauch erhielt. Es stellten sich Schmerzen in der Magengrube ein, die meh[illegible]ere Tage anhielten. 3 Wochen nach der Verletzung wurde eine kleinkindskopfg[illegible]oße, retroperitoneale Geschwulst gefunden, die sich bei der Operation als Pankr[illegible]eascyste erwies. Sie enthielt 1100 ccm schleimiges, hellgelbes Sekret, in dem Pan[illegible]kreasfermente nachgewiesen wurden. Zur Zeit der Veröffentlichung bestand noc[illegible] eine wenig sezernierende Fistel.

Im zweiten Fall[illegible] handelte es sich um einen 35jährigen Mann, dem beim Einsturz einer Mauer St[illegible]eine auf den Leib fielen. Gleich nach der Verletzung entstand in der linken Bauch[illegible]seite eine Geschwulst, die innerhalb 3 Wochen beträchtlich wuchs und zu Ileus[illegible]erscheinungen führte. Bei einer Inzision floß angeblich Blut ab. Nach vorüberge[illegible]hender Besserung entstand eine neue Geschwulst, von Mannskopfgröße. Sie erwi[illegible]es sich als Pankreascyste und heilte nach operativer Eröffnung rasch.

M. v. Brunn (Tübingen).

69) Linnartz. Ei[illegible]in neuer Rollenapparat zur Extensionsbehandlung.

(Deutsch[illegible]e Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 294.)

Der aus einer B[illegible]ettklammer und einem Rollenträger bestehende, in der medizinischen Akademie i[illegible]in Köln eingeführte Apparat (vgl. zwei Abbildungen) ist aus Eisen konstruiert, a[illegible]n jeder Bettstelle anschraubbar und sichert gute Funktion. Fabrikant: Schlosser [illegible] Imkoff, Köln. Vorläufiger Preis 12 *M*.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmitte[illegible]ilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* [illegible]in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf* [illegible]*& Härtel*, einsenden.

Druck und Ve[illegible]rlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 46. **Sonnabend, den 18. November.** **1905.**

I.

(Chirurg. Abteilu [illegible] g (Prof. Ziembicki) des allgemeinen Krankenhauses in Lemberg.)

[illegible] ur Technik der Enterotomie.

Von

Dr. **A. Wolf,** Sekundärarzt.

Die Enterot [illegible] ie bei Ileuslaparotomien hat sich wohl überall eingebürgert. Man [illegible] ann eben ihren Wert nicht verkennen, wenn es gilt, den Organismus [illegible] on dem toxischen Darminhalte zu befreien und der Koprämie zu st [illegible] ern, ganz abgesehen davon, daß nach vollführter Enterotomie der [illegible] Verschluß der Bauchwunde sich um vieles rascher bewerkstelligen l [illegible] ßt — man hat nicht fortwährend mit den immer wieder hervorque [illegible] nden geblähten Darmschlingen zu schaffen.

Dasselbe ka [illegible] man zum Teil erreichen, wenn man, wie wir es gewohnt sind, v [illegible] der Operation ein Gummidrain durch den After einführt. Nach [illegible] eseitigung des Hindernisses kann man den Darm auf diese Weise [illegible] tleeren, und zwar ziemlich leicht, wenn das Hindernis tief liegt, wi [illegible] bei Torsionen des S romanum; in anderen Fällen kommt man dam [illegible] nicht so gut aus, man muß durch Druck auf den Darm, durch Aus [illegible] treifen desselben nachhelfen. Die Enterotomie hingegen befreit de [illegible] Darm sehr rasch von seinem Inhalt, und wird sie vor Behebung de [illegible] Hindernisses ausgeführt, erleichtert sie bedeutend das Auffinden de [illegible] selben und ist gleichzeitig das sicherste Mittel zur Verhütung der u [illegible] liebsamen Serosarisse, die selbst bei zartester Manipulation mit den [illegible] geblähten Darmschlingen nicht ganz zu vermeiden sind. Dadurch, [illegible] daß der Darm nach der Enterotomie kollabiert, ist die Orientierung u [illegible] nd Beseitigung des Hindernisses leichter, die Operation geht rascher [illegible] von statten — ein Umstand, der für die wegen Ileus Laparotomierten [illegible] von eminenter Bedeutung ist. Eine Vorbedingung muß erfüllt sein: Die Enterotomie muß aseptisch ausgeführt werden.

Dies erreichen [illegible] n wir auf folgende Weise: Es wird womöglich die tiefste geblähte Sc [illegible] hlinge hervorgeholt, durch Kompressen die Umgebung geschützt, der Da [illegible] rminhalt ausgestreift und zwei Darmklemmen angelegt. Zwischen [illegible] denselben legen wir eine Tabaksbeutelnaht an, die ein Längsoval von [illegible] etwa $1^1/_2$ cm Länge umfaßt. Im Bereiche derselben wird der Darm e [illegible] röffnet, durch die gesetzte Öffnung ein mit den Instrumenten ausgek [illegible] ochtes, nicht zu dünnes und genügend langes Gummidrain einige Zent [illegible] imeter tief oralwärts eingeführt, die Naht behufs Abdichtung über [illegible] *dem Gummirohre zusammengezogen. Nach Abnahme der Darmklemmen* [illegible] *fließt der Darminhalt durch das Rohr in ein bereitstehendes Gefäß* [illegible] *ab. Ist nun der Darm gründlich geleert, zieht ein Gehilfe das Rohr* [illegible] *langsam aus dem Darmlumen; währenddessen wird*

die Naht stärker zusammengezogen und geknüpft. Darüber kommen einige Lembert'sche Nähte zur Sicherung.

Dieses Verfahren ist auch anwendbar, wenn die betreffende Schlinge nicht hervorgezogen werden kann, indem man ein Darmsegment mittels gebogener Darmklemme vom übrigen Lumen abgrenzt. Die Enterotomie auf diese Weise ausgeführt ist ganz einfach, es dringt kein Tropfen aus dem Darminnern auf die untergelegten Kompressen, die Hände des Operateurs und Assistenten kommen in gar keine Berührung mit dem Darminhalte.

Das in den Darm eingeführte Drain könnte endlich noch dazu benutzt werden, um durch dasselbe eine größere Menge flüssiger Nahrung in den Darm einzuspritzen, wie es Stubenrauch, wenn auch auf andere Weise, vornimmt.

II.

Einige Bemerkungen zur Technik der Blinddarmoperation.

Von

Dr. **Johannes Hahn,**

Spezialarzt für Chirurgie in Mainz.

Über die Technik der Blinddarmoperation ist schon soviel geschrieben und gesprochen worden, daß es als recht überflüssig erscheinen möchte, dazu noch weitere »Bemerkungen« zu machen. Ich möchte trotzdem aber im folgenden die von mir in den letzten Jahren geübte Methode der Schnittführung und der Entfernung der Appendix kurz anführen, da sie sich mir außerordentlich bewährt hat.

Mein Schnitt wird etwas einwärts von der Mitte zwischen Spina anterior superior und der Linea alba so geführt, daß er leicht schräg nach unten innen verläuft und die rechte Rectuscheide etwa 1 cm von ihrem lateralen Rande trifft. Die Rectusscheide wird parallel ihrem Rande eröffnet; unter Schonung der kleinen hier längs verlaufenden Blutgefäße und des motorischen Nervenastes, der in den Rectus geht, wird der Rand des Rectus nach einwärts geschoben und nun in gleicher Ausdehnung die hintere Rectusscheide usw. nebst Peritoneum eröffnet. Der Schnitt wird so klein wie möglich gemacht. Der Hautschnitt hat bei mageren Pat. eine Länge von 3—4 cm, bei fetten Bauchdecken höchstens 6—7 cm, der Schnitt durch den muskulösen Teil der Bauchwand hat aber nur eine Länge von $2^1/_2$—3 cm, nämlich nur so groß, daß durch die Öffnung mein (allerdings recht dünner) linker Zeigefinger in die Bauchhöhle eindringen kann.

Jetzt wird die Appendix mit dem Zeigefinger aufgesucht, wobei ich mich nur von meinem Gefühl leiten lasse. Es ist auffallend, wie leicht man regelmäßig — die Ausnahmen sind sehr selten — die Appendix nach dem Gefühl erurieren kann, jedenfalls

viel leichter, als
größeren Schnitt
großen Untersch
zündlich mehr o
oder ob es sich
starke Verklebun
den Wurmfortsat
wegen des deso
wenn er völlig z
des entzündlich
Versehen leicht
sistenz und Gest
eingebettet ist, v
gelöst — die Bl
hakenförmig gekr
durch diese herv
tion mit dem Zei
o. dgl.), welche n
einer stumpfen D
ziehen des Zeige
geführten Fingers
hervorgezogen.

Bei eitrigen I
nach einfacher U
das Coecum repo
förmiger Durchsc
mit Catgut unter
Übernähen mit di

Bei eitrigen
Appendix wird di
geführt, daß der S

Daß man zu
einen größeren S
kleinen Zipfel des
wollen; also ist je
daß man bei loka
Douglaseiterung o
Drains allen Eiter
viel besser entleer
ich mich seit Jah
Drainage nach un
schwersten Fällen

Die Vorteile
scheide sind, gan
Schichtnaht, so in
Wort zur Empfeh

es in der Regel bei dem auch von mir früher geübten
mit den Augen möglich war. Dabei macht es keinen
ed, ob es sich um eine wenig veränderte, nur ent-
er minder verdickte Appendix ohne Verwachsungen,
um peritonitische Eiterungsprozesse mit oder ohne
oder Verwachsung der Därme handelt. Ich habe
bisher nur dann nicht gefunden, wenn ich ihn
ten Zustandes des Pat. nicht gesucht habe, oder
stört war. Zuweilen passiert es, daß sich der Rand
rdickten Netzes ebenso anfühlt; doch ist das kleine
eder gut gemacht. Ist die Appendix an ihrer Re-
erkannt, so wird sie, wenn sie in Verwachsungen
sichtig stumpf mit dem linken Zeigefinger heraus-
ung ist dabei stets unbedeutend — und mit dem
mten Zeigefinger zur Schnittöffnung und eventuell
gedrängt, oder falls das unmöglich ist, unter Fixa-
finger durch eine dünne, kleine Kornzange (Péan
ben dem Zeigefinger eingeschoben wird, oder mit
pelhakenzange, die unter vorübergehendem Heraus-
ngers eingeschoben und mit Hilfe des wieder ein-
zum Erfassen der Appendix benutzt wird, vorsichtig

ozessen wird die bis zum Coecum isolierte Appendix
schnürung mit einem Catgutfaden abgetragen und
iert, bei nicht eitrigen Prozessen wird nach kreis-
neidung der Serosa die Appendix dicht am Coecum
unden und die Schnittfläche nach Abtragung durch
ner Seide in die Coecumwand versenkt.
Prozessen wird drainiert, bei nicht perforierter
e Naht mit versenkter Seide schichtenweise so aus-
tatus quo in der Bauchdecke wieder hergestellt wird.
einer Exstirpation der nicht perforierten Appendix
chnitt braucht, als um die Appendix mit einem
Coecum hervorzuziehen, wird niemand behaupten
der größere Schnitt zum mindesten überflüssig. Und
al eitriger Peritonitis oder auch bei freier Eiterung,
der diffuser Peritonitis durch 1—2 kleinfingerdicke
, sofern nicht die Operation überhaupt zu spät kam,
en kann als mit der besten Tamponade, davon habe
ren überzeugt und habe deshalb die gleichzeitige
ten durch die Rektalwand nur noch bei den aller-
freier eitriger Ergüsse auszuführen brauchen.
e des kleinen Schnittes durch die Rectus-
z abgesehen von der Übersichtlichkeit der exakten
die Augen springend, daß ich mir hier jedes weitere
lung sparen kann.

1) **Perrin.** Syphilis conceptionelle à manifestations tardives.
(Ann. de dermat. et de syph. 1904. p. 1077.)

Verf. bespricht den Verlauf der Syphilis bei 32 Frauen, welche gesund in die Ehe kamen und vom Manne infiziert wurden, und bei denen sich nach einer kürzeren oder längeren Latenz luetische Erscheinungen zeigten (3 Fälle von Tabes, 3 von Augenlues, 4 von zerebraler Lues, 2 von Gaumen-, 4 von Nasen- und Gaumenknochenlues, 3 von Zungenlues, 7 Fälle von tertiärer Lues im Gesicht und 9 Fälle von tertiärer Lues am Rumpf und Extremitäten). Ebenso traurig sind die Verhältnisse der Nachkommenschaft (Aborte, Todgeburten, Dystrophien). Ferner führt Verf. zwei interessante Fälle an, wo gesunde Frauen von ihren Männern infiziert wurden und selbst noch in zweiter Ehe mit gesunden Männern heredo-syphilitische Kinder bekamen. Verf. macht mit Recht darauf aufmerksam, daß diese Statistik deshalb so traurige Ergebnisse liefert, weil die Syphilis bei den Frauen sehr latent verläuft, nicht diagnostiziert wird, und daß eine rechtzeitige und gründliche Behandlung meist versäumt wird.

Klingmüller (Breslau).

2) **E. Fournier.** Syphilis héréditaire de seconde génération.
(Ann. de dermat. et de syph. 1904. p. 658.)

Verf. kommt in seinem in der Soc. franç. de dermat. et de syph. gegebenen Berichte zu folgenden Schlußfolgerungen: Es gibt eine hereditäre Syphilis in der zweiten Generation. Sie kann sich in zwei Formen dokumentieren, unter der Form von Dystrophien und seltener als echte virulente Syphilis.

Klingmüller (Breslau).

3) **Ravant.** Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période tertiaire.
(Ann. de dermat. et de syph. 1904. p. 1057.)

Verf. zieht aus der Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit bei 43 Fällen von tertiärer Lues folgende Schlüsse: Zerebrospinalflüssigkeit normal bei tertiärer Lues der Haut, Knochen und Schleimhäute, selbst bei ausgedehnten und lange bestehenden Formen. Nur bei Perforationen des Gaumens findet sich häufig eine Reaktion, welche sich Verf. zunächst nicht erklären kann. Bei spezifischen Augenerkrankungen ist die Reaktion sehr stark, nimmt aber ab mit dem Rückgang der Erscheinungen und dem Übergang in Atrophie. Bei subjektiven nervösen Störungen (Kopfschmerz, Schwindel u. ä.) ist die Reaktion nur manchmal vorhanden. Bei allen Syphilitikern, welche keine Zeichen von Syphilis aufweisen, fehlt sie. Nach den Untersuchungen des Verf. hat aber die Lymphocytose eine große Bedeutung bei jedem Syphilitiker; denn sie weist, vorausgesetzt, daß andere Krankheiten ausgeschlossen sind, mit Sicherheit darauf hin, daß die Syphilis auch das Nervensystem befallen hat. Dieser Befund

kann demnach als [illegible] in ebenso charakteristisches Symptom angesehe
werden, wie Ersche[illegible]ungen an der Haut und anderen Organen.

Klingmüller (Breslau).

---

4) **Mills and Fra[illegible]ier.** The motor area of the human cere-
brum, its positio[illegible] and subdivisions, with some discussion o
the surgery of this area.

(University of Pennsylvania med. bulletin 1905. Nr. 5 u. 6.)

Verff. berichte[illegible] über neue Versuche und operative Erfahrunge
die motorische Rin[illegible]nzone zu umgrenzen und einzuteilen; ihre Resu
tate weichen von d[illegible]n bekannten zum Teil erheblich ab, daher au
ihre für die operativ[illegible] Freilegung dieser Gegend gegebenen Anweisunge

Verff. geben zu[illegible]nächst einen Überblick über die geschichtliche En
wicklung der elektri[illegible]schen Reizung der Gehirnrinde zur Bestimmung d
motorischen Zentren[illegible], und teilen sodann die Krankengeschichten von
durch F. ausgeführt[illegible]en Hirnoperationen mit, bei denen ausgiebige Ve
suche, die motorisch[illegible]en Zentren durch Faradisierung zu bestimmen, vo
genommen wurden. Es handelte sich hauptsächlich um traumatisc
Epilepsie, Geschwül[illegible]ste und Cysten der motorischen Region. Aus dies
und anderen Fällen [illegible] amerikanischer Chirurgen, im ganzen 25 mit et
138 Einzelanwendu[illegible]ngen des faradischen Stromes (meist entlang od
nahe der Fissura R[illegible]olandi), folgt, daß die motorische Region nach vo
von der Zentralfurc[illegible]he gelegen ist; sie ist hauptsächlich auf den Gyr
praecentralis begre[illegible]nzt, ragt jedoch nach vorn auf zusammenhänge
Teile der hinteren [illegible] Endigungen der zweiten und dritten Stirnwindu
hinüber. Die im [illegible] Gyrus praecentralis zu unterst gelegene motorisc
Zone für das Gesic[illegible]cht erstreckt sich nach oben bis zum oder bis etw
oberhalb des Knie[illegible]es der Zentralfurche. Die zunächst nach oben
folgende Armzone [illegible] ist in senkrechter Richtung noch etwas länger
die Gesichtszone; so[illegible] sodann folgt weiterhin nach oben zu ein nur schma
Streif, die Rumpfz[illegible]fzone, sodann die Zone für die untere Extremit
Die vier genannten [illegible]en Zonen sind fast vollständig auf den Gyrus pr
centralis beschränk[illegible]kt. Die Zone für die Bewegungen des Kopfes u
der Augen liegt an [illegible]n der genannten Stelle der Stirnwindungen in Hö
des oberen Randes [illegible]s der Gesichtszone bis zum oberen Drittel der Ar
zone. Die umfang[illegible]greichste Zone ist die Armzone, während die für
Beine an der Seite[illegible]enfläche des Gehirns nur einen kleinen, jedoch ei
viel bedeutenderen [illegible]n an der Mittelfläche einnimmt, nämlich am Lobu
paracentralis, wo wa[illegible]wahrscheinlich auch die Zentren für After und Sche
liegen. Verff. geh[illegible]hen genau auf die einzelnen Unterabteilungen d
Hauptzonen ein. Sodann wird die Technik der Faradisierung d
Hirnrinde und ihre[illegible]re Fehlerquelle besprochen; den Verff. bewährte s
nach Erfahrungen [illegible] *am Lebenden und an der Leiche ein ganz bestimm*
Plan, wobei die E[illegible] *Elektrode in bestimmten fixierten Entfernungen v*
oberen und hint[illegible]*teren Rande der Schädelöffnung aufgesetzt wi*
Näheres über dies[illegible]*ses durch mehrere Abbildungen illustrierte Verfahr*

muß im Original nachgesehen werden. Zur kraniometrischen Bestimmung der motorischen Zone bewährte sich die Methode von Anderson-Makins. Der osteoplastische Lappen wird so gebildet, daß wenigstens $^2/_3$ der Schädelöffnung vor, und höchstens $^1/_3$ hinter der Fissura Rolandi liegen, und die Öffnung von der Fissura Sylvii bis ca. 1 cm entfernt von der Mittellinie reicht. Vor der Operation wird die noch weiter nach vorn liegende Zone für Kopf- und Augenbewegungen am Schädel markiert, und die Knochenöffnung event. entsprechend dieser Umgrenzung erweitert. Bei dieser Lage der Schädelöffnung wird es jedoch kaum jemals nötig, die ursprüngliche Öffnung nach vorn oder nach hinten zu erweitern. Die letzten Erfahrungen der Verff. deuten sogar darauf hin, daß man zweckmäßig den Lappen noch weiter nach vorn legt, so daß $^3/_4$ der Öffnung vor der Fissura Rolandi liegen.

Mohr (Bielefeld).

---

5) **Hölscher.** Die Lumbalpunktion, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die Diagnose und Therapie der otitischen Meningitis.

(Med. Korrespondenzblatt des Württemb. ärztl. Landesvereins 1905. September 2.)

Die Anschauungen über die Heilbarkeit der diffusen otitischen Leptomeningitis sind bedeutend günstiger geworden, seit man neben der Ausrottung des ursächlichen Eiterherdes im Schläfenbein und etwaiger erreichbarer Eiterherde im Schädelinnern die Lumbalpunktion ausgiebig verwendet. Die Wirkung der Punktion, welche einen Teil der eitrig veränderten Flüssigkeit mit den darin enthaltenen Bakterien und Entzündungsprodukten entfernt, zeigt sich in Besserung oder sogar völligem Rückgange der klinischen Erscheinungen und in einer bei den Wiederholungen nachweisbaren absoluten und relativen Abnahme der Zahl der polynukleären Leukocyten und Verringerung der Virulenz der Bakterien. Ob diese Veränderung rein mechanisch durch die Verdünnung der entzündlich veränderten Flüssigkeit bedingt ist, oder auch auf einer bakteriziden Wirkung der frisch transsudierten Lymphe beruht, wofür die Abnahme der Virulenz der Bakterien sprechen würde, ist noch unentschieden. In schwereren Fällen ist die Punktion nach Bedarf zu wiederholen.

Mohr (Bielefeld).

---

6) **W. A. Lane.** Cleft palate and hare lip.

London, The medical publishing company, lim., 1905. 63 S. 5 sh.

Zur ausreichenden Begründung seiner gegen Schluß der Abhandlung aufgestellten Forderung, alle Gaumenspalten so frühzeitig als möglich, d. h. am liebsten am Tage nach der Geburt, zu operieren, geht Verf. ausführlich ein auf den sehr bedeutenden Einfluß, den der normal vor sich gehende Akt des Kauens, der Atmung u. s. f. auf die Gestaltung der Nasen- und Mundhöhle und auf die Gesichtsknochen ausübt. Er stellt den Satz auf: je besser die Entwicklung der Nasen- und Mundhöhle ist, und je freier die Atmungsluft ein- und ausstreichen



kann, desto besser wird der Erfolg der Gaumenspaltenoperation sein, ganz besonders in Beziehung auf die Sprache; je eher aber die Operation stattfindet, um so besser wird sich die durch die Mißbildung gehemmte Entwicklung von Mund- und Nasenhöhle ausgleichen. Zum Beweise bringt er verschiedene Beispiele von Ankylose der Kiefergelenke mit Wachstumsbehinderung der Unterkiefer, von lange bestehender pathologischer Zungenvergrößerung mit konsekutiver Wachstumsvermehrung des Unterkiefers und seinen Folgen für den Schluß der Zahnreihen (»open bite« and »underhung bite«). Einen solchen sehr ausgeprägten Fall von starkem Hervorragen des Unterkiefers mit Unfähigkeit, die Zahnreihen zum Schluß zu bringen, operierte er mit günstigem Erfolge durch Resektion dreieckiger Stücke aus jeder Seite des Unterkieferkörpers. Das umgekehrte Bild, das starke Überragen des Oberkiefers mit Hervorstehen der Schneidezähne und gotisch gestaltetem harten Gaumen (übrigens eine bei Frauen und Mädchen englischer Rasse sehr häufig zu beobachtende Gesichtsbildung. Ref.) führt er zurück auf eine primäre Wachstumsbehinderung im Bereiche der Nasenhöhle, ohne Gründe für seine Theorie zu bringen. Durch methodische Ausbildung gesteigerter Nasenatmung bereits im frühen Alter behauptet Verf. in seinen Fällen von obiger Gesichtsbildung die Nasenhöhle bedeutend vergrößert und damit die Mißbildung stark ausgeglichen zu haben.

Die Übertragung dieser Theorien auf die Gaumenspalte führt zu der Forderung, durch möglichst frühzeitige Wiederherstellung des Septums zwischen Mund- und Nasenhöhle den Gesichtshöhlen Gelegenheit zu geben, sich normal zu entwickeln unter methodisch geübter Nasenatmung nach der Operation. Nur so verliert die Sprache ihren näselnden Klang. — Des Verf. Methode der Operation besteht in Ablösung eines Schleimhautperiostlappens vom harten und weichen Gaumen der einen Seite mit besonderer Schonung der Zahnkeime im Alveolarrand, Herumklappen dieses Lappens und Einschiebung unter die leicht abgehobene Schleimhautperiostbedeckung des Gaumens der anderen Seite. Befestigung mit einigen Nähten. Mehrere Zeichnungen veranschaulichen den Gang der Operation und die dabei gebrauchten Instrumente. Einen vorhandenen prominenten Zwischenkiefer trennt Verf. subperiostal vom Septum und entfernt ihn ganz und gar. Den gewonnenen Schleimhautperiostlappen benutzt er mit zur Deckung der vorderen Teile des Gaumenspaltes durch Vernähung mit dem vom Gaume[illegible]nen abgelösten und herumgeklappten Lappen. In der Nachbehandlungszeit wird die Nahrungsaufnahme nicht verändert, keine Mundspülung oder dgl. vorgenommen; nach 8—10 Tagen werden die Nähte entfernt. — Gleich nach Schluß der Gaumenspalte, meist in derselben Sitzung, wird die Hasenscharte operiert, niemals vorher. — Die hier vorgetragenen Theorien und Methoden des Verf. werden nicht weiter belegt durch Krankengeschichten oder Statistik.

W. Weber (Dresden).

7) **J. A. Killian.** Über den Sitz und die Eröffnung tiefliegender Abszesse der Gegend der Zungenbasis und des angrenzenden Pharynxabschnittes durch Operation von außen.

(Verhandlungen süddeutscher Laryngologen 1905.)

Die Inzision von der Mundhöhle biete nicht die wünschenswerte Übersichtlichkeit für eine exakte Blutstillung, außerdem könne man den Abszeß leicht verfehlen oder nur an einer für die Entleerung ungünstigen Stelle eröffnen. So baut Verf., angeregt durch eine von Partsch im Handbuch für praktische Chirurgie gemachte Bemerkung, ein auf einer präzisen anatomischen Darlegung der in Rede stehenden Gegend beruhendes Verfahren auf. Hier sei nur kurz erwähnt, daß K. einen medialen Spaltraum zwischen beiden Mm. genioglossi und einen lateralen zwischen M. hyoglossus und M. genioglossus unterscheidet. Da die laterale Fläche des M. genioglossus die Grenze der Zungenbasis bildet, so liegt der laterale Spaltraum medial vom M. hyoglossus, nach unten abgeschlossen durch das große Zungenbeinhorn und die hier sich ansetzenden Muskeln. Hinten reicht der Hyoglossus an den M. constrictor pharyngis medius und entspricht der Spaltraum unter dem Hyoglossus hinten der seitlichen Rachenwand. Daraus erhellen die Beziehungen des genannten lateralen Spaltraumes zur Zungenbasis und zum Rachen. Während also die medianen Abszesse der Zungenbasis zwischen beiden Genioglossi sich entwickeln, würden die seitlichen median vom Hyoglossus zu finden sein. Ein Beispiel der letzteren beobachtete Verf.; nach Freipräparierung des Hyoglossus gelang es mittels stumpfer Durchtrennung, den Abszeß zu entleeren. Einseitiges Ödem vom Aryknorpel, aryepiglottischer Falte, Epiglottis, Plica pharyngoepiglottica, Zungenwurzel- und Rachenwandschwellung hatte zur Diagnose geführt. Kieferklemme und Zunahme der Ödeme indizierten die Operation, welche zu einer glatten Heilung führte. Pat. glaubte ein Getreidegranne verschluckt zu haben. Einzelheiten der sehr präzisen anatomischen Darlegung sind im Original nachzulesen. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

8) **S. M. Fortescue-Brikdale.** Observations on the thymus gland in children.

(Lancet 1905. October 7.)

Verf.s Arbeit ist, als Beitrag zu der Pathologie der Thymusdrüse, mit Anerkennung zu begrüßen. Das wichtigste der eingehenden Untersuchungen wäre kurz folgendes: Das Durchschnittsgewicht einer mikroskopisch normalen Thymusdrüse eines Kindes unter einem Jahre ist unter 100 grains (= 6,5 g). Kinder, die an »primärer Atrophie« leiden oder an Marasmus, zeigen meistens, doch nicht immer, fibröse Veränderungen in der Thymusdrüse; Gewicht und Größe des Organes sind ebenfalls gewöhnlich vermindert. Kinder mit »sekundärer Atrophie« zeigen ähnliche, doch weniger regelmäßig auftretende Ab-

weichungen. Mög [illegible] licherweise mag ein anderer Faktor als bloße Unte [illegible] ernährung oder A [illegible] hungerung diese fibrösen Veränderungen erzeuge [illegible] in einem Falle V [illegible] rf.s, wo das Verhungern durch angeborene Steno [illegible] des Nahrungskana [illegible] les herbeigeführt wurde, wurden sie nämlich nic [illegible] beobachtet. In a [illegible] uten Kinderkrankheiten kann Fibrosis der Thym [illegible] allgemeine Abmag [illegible] erung vergesellschaften. Es ist aber, besonders [illegible] Hospitalpraxis, s [illegible] hwer, vorher bestehende Ernährungsanomalien a [illegible] zuschließen. Verg [illegible] ößerung der Thymusdrüse und anderer lymphatisch [illegible] Gebilde kann als [illegible] das Resultat akuter toxischer Absorption (z. B. [illegible] Diphtherie) oder [illegible] einer mehr chronischen Veränderung (wie bei d [illegible] Status lymphatic [illegible] s) vorkommen. In diesen vergrößerten Thym [illegible] drüsen sind eosi [illegible] nophile Zellen zahlreich, doch bei den einzeln [illegible] Krankheitsklassen [illegible] nicht von besonderen Typen. Zuweilen, besond [illegible] bei Tuberkulose, [illegible] scheinen an Stelle der eosinophilen Zellen sol [illegible] mit basophilen o [illegible] der neutrophilen Granulationen mehr vorzukomm [illegible] Bei angeborenen [illegible] Herzfehlern werden eosinophile Zellen nicht in [illegible] Thymus gefunden [illegible]. In den Hassall'schen Körperchen kommt s [illegible] häufig reine hyal [illegible] line Degeneration vor; fettige Zelldegeneration [illegible] ebenfalls häufig, [illegible] sie scheint mehr in der Peripherie der Lobuli v [illegible] zukommen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

9) **A. Stieda.** [illegible] Über umschriebene Knochenverdichtung [illegible] im Bereiche [illegible] der Substantia spongiosa im Röntgenbilde.

(Be [illegible] eiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 700.)

Verf. weist a [illegible] auf umschriebene Knochenschatten hin, die sich [illegible] Röntgenbildern vo [illegible] n kurzen Knochen und von den Epiphysen der Röhr [illegible] knochen im Bere [illegible] eiche der Substantia spongiosa nicht selten find [illegible] Durch Untersuchu [illegible] ung einer Anzahl von mazerierten Knochen kon [illegible] er nachweisen, da [illegible] aß es sich dabei nicht um pathologische Gebilde, s [illegible] dern um Knochen [illegible] enverdichtungen, »kompakte Knochenkerne«, hand [illegible] die in sonst völlig [illegible] ig normalen Knochen vorkommen.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

10) **A. Stieda.** [illegible]. Über den Albers'schen Beckenfleck [illegible] Röntgenbilde.

(Bei [illegible] eiträge zur klin. Chirurgie. Bd. XLV. p. 704.)

Verf. konnte [illegible] e nachweisen, daß der von Albers-Schönberg [illegible] schriebene Becken [illegible] enfleck bestimmte Beziehungen zur Spina ischiad [illegible] besitzt, indem er [illegible] r stets in einer idealen Fortsetzung des Sitzbe [illegible] stachels liegt. Es [illegible] Es handelt sich dabei um Verdichtungen, bzw. kno [illegible] artige Verdickung [illegible] gen im Bereiche der Spina ischiadica.

M. v. Brunn (Tübingen).

11) **M. Biagi.** Dell' influenza del taglio dei nervi nella guarigione delle fratture.

(Policlinico 1905. Nr. 8. Ser. chir.)

B. durchschnitt bei Kaninchen den Ischiadicus und machte dann eine Unterschenkelfraktur, welche mit sorgfältigen immobilisierenden Verbänden behandelt wurde. Während bei Kontrolltieren ohne Nervendurchschneidung stets gute Konsolidation auftrat, fand sich bei den anderen Tieren folgendes: 1) blieb die Wiederherstellung der Knochenkontinuität aus. 2) Es bildete sich an der Bruchstelle eine reichliche Wucherung fibrösen Gewebes, während längs der Stümpfe Knochen teils direkt, teils nach einem knorpeligen Stadium angelegt wurde. 3) Vom 60. Tage traten Resorptionsprozesse auf, durch welche der Callus in Bindegewebe verwandelt wurde.

Die Resultate stehen im Widerspruche mit denen vieler Autoren. Um dem Einwande zu begegnen, welchen Muscatello der angewandten Methode macht, nämlich daß eine genaue Adaptierung und Fixierung der Knochenenden nicht möglich sei, wiederholte B. seine Experimente an Gänsen (Flügel), die in einem engen Kasten gehalten wurden, und an Murmeltieren während des Winterschlafes. An Flügelknochen, deren Nerven intakt waren, wurde stets knöcherne Frakturheilung beobachtet. Nach Durchschneidung der Nerven fand sich an drei Experimenten trotz reichlicher Callusbildung längs der Stümpfe keine Vereinigung derselben, vielmehr eine bindegewebige Produktion ausgehend von Periost mit Neigung zu Sklerose; in einem Versuche fand sich Verknöcherung, aber verlangsamt. Die Verschiedenheit von den Ergebnissen anderer Autoren beruht wohl auf Verschiedenheit im Alter und besonderer Gewebseigenschaften ihrer Tiere; die Nerven haben also unbestrittenen Einfluß. Bei Nervendurchschneidung müssen wohl geringe örtliche Ursachen, Verschiebung der Knochen oder dgl. genügen, um die Vereinigung zu verhindern; die Knochenproduktion längs der Stümpfe zeigt, daß die Callusbildung nicht fehlt, und mag sie in manchen Fällen eben schließlich doch zum Ziele führen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

12) **Whitmann.** The treatment of congenital and acquired luxations at the shoulder in childhood.

(Annals of surgery 1905. July.)

Angeborene Schultergelenksverrenkungen sind verhältnismäßig selten. Als Ursachen kommen in Betracht 1) wahre angeborene Verrenkungen, 2) Verrenkungen, welche direkt durch Gewalteinwirkung während der Geburt hervorgerufen wurden, 3) erworbene Verrenkung infolge Lähmung des Plexus brachialis. Die letztere ist die bei weitem am häufigsten vorkommende Form. Hierbei handelt es sich zunächst um eine Lähmung des M. biceps, deltoideus und der Supinatoren des Vorderarmes; der Arm hängt dabei schlaff mit Innenrotation und Pronation. Durch die nachfolgende Kontraktion und Retraktion



der Gewebe und [illegible] Muskeln wird der Arm in die subluxierte Stellu[illegible]
gedrängt; der K[illegible]f steht nach hinten und unten von seiner norma[illegible]
Stellung. Wenn [illegible] die Lähmung sich nach mehreren Monaten verli[illegible]
so bleibt doch [illegible]e pathologische Haltung und Stellung des Arm[illegible]
Bei der in Nark[illegible]se vorzunehmenden Einrenkung (Zug nach aufwä[illegible]
und rückwärts, [illegible]bduktion, Adduktion) muß mit großer Sorgfalt [illegible]
gegangen werden[illegible], weil sonst leicht ein Bruch eintreten kann. [illegible]
Arm wird dann [illegible]in überkorrigierter Außenrotation eingegipst, w[illegible]
die Hand in ext[illegible]emster Supination steht. Nach Abnahme des G[illegible]
verbandes muß e[illegible]ine sehr sorgfältige Nachbehandlung einsetzen.

Herhold (Altona).

---

13) A. Taylor [illegible]. Causes underlying prolonged loss of funct[illegible] in ce[illegible]rtain injuries about the shoulder-joint.

(Med. news 1905. June 3.)

Es sind Sch[illegible]ulterkontusionen damit gemeint, welche durch [illegible] auf die Schulter [illegible] mit gleichzeitigem Abduzieren des Kopfes sich [illegible] eignen. Das gem[illegible]einsame besteht in einer Schädigung bzw. Zerreiß[illegible] der Plexus brachi[illegible]alis-Fasern, welche auf dieselbe Art wie bei den Ple[illegible] lähmungen der N[illegible]eugeborenen vor sich geht.

Die Progno[illegible]se ist nicht sehr günstig.

Die Behandl[illegible]ung besteht in Immobilisation, Massage, Elektr[illegible] und operativem [illegible] Eingriff.

In einem Fa[illegible]lle von Plexuslähmung war derselbe vollständig d[illegible] gerissen.

Hofmann (Karlsruhe[illegible]

---

14) A. Broca. [illegible]. Über die Fraktur der oberen Portion [illegible] Humerus.

(Med. Klinik 1905. Nr. 29.)

Klinischer V[illegible]ortrag, anschließend an einen einschlägigen Fa[illegible] einem 10jährigen[illegible]en Mädchen. Im Gegensatz zur Lucas-Cham[illegible]nière'schen ledi[illegible]diglich funktionellen Frakturbehandlung wird ein [illegible] fahren empfohlen[illegible], das zu gleicher Zeit einen geraden Knoche[illegible] ein frei beweglich[illegible]es Gelenk gewährleistet, nämlich Extension und [illegible] Vereinigung der [illegible]r Bruchstücke durch Druck unter Narkose, Festst[illegible] des Armes in G[illegible]ipsverband für 15 Tage, darnach Massage usw[illegible] manuelle Wieder[illegible]einrichtung in Narkose ist das Verfahren des [illegible] tischen Arztes; [illegible] der Spezialist kann auch Apparate verwenden [illegible] von Hennequin [illegible]n oder noch besser den von Delbet-Heitz. W[illegible] der Nachbehand[illegible]lung ist Vorsicht vor erneuten Brüchen an d[illegible] schwächten Stel[illegible]le vonnöten. Durch solche können sehr erh[illegible] Calluswucherung[illegible]en entstehen und zur Annahme einer bösartigen [illegible] bildung führen, [illegible] was ein lehrreiches Beispiel erläutert.

G. Schmidt (Berl[illegible]

15) **R. Wolff.** Einige weitere anatomische Präparate von Frakturen des Os naviculare der Handwurzel.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 3.)

W. fügt zu den früheren Beschreibungen anatomischer Präparate von Navicularfrakturen der Handwurzel fünf neue aus dem ersten anatomischen Institut in Berlin. Aus dem Studium derselben zieht er eine Reihe wichtiger Schlüsse. Die Frakturen des Os naviculare sind danach stets Verletzungen des proximalen, am Radius artikulierenden Gelenkkopfes. Sie liegen im wesentlichen quer und senkrecht oder nur mäßig schräg von dorsal proximal nach volar distal im Verhältnis zur Längsachse des Naviculare. Die Gelenkfläche zum Kopfbein wird von dem Bruche meist halbiert. Die Lunatumfläche und die distalen Gelenkflächen mit der Tuberositas bleiben bei den einfachen Frakturen in der Regel unverletzt. Die Bänder, welche das Kahnbein im Handgelenke befestigen, waren bei den Frakturen erhalten bis auf einen Fall von Zerreißung der Ligamente zwischen Naviculare und Lunatum mit gleichzeitiger Dislokation des ulnaren Fragmentes nach dorsal und einen anderen, wo sie partiell in der dorsalen Hälfte zerrissen waren. Das am meisten exponierte Band auf der Dorsalfläche war an der Bruchstelle nie zerrissen. Der Bruchspalt muß volar ulnar, volar und radial breit klaffen bei jeder Bewegung nach radial, dorsal und ulnar. Fest aneinander liegen die Bruchstücke nur bei Volarflexion im Handgelenke. In der Regel bleibt deren knöcherne Vereinigung aus, und es tritt vielfach eine Pseudarthrosenbildung zwischen den Bruchstücken ein, die oft Veränderungen atrophischer Art aufweisen. Was die verschiedenen Formen der isolierten Kahnbeinfraktur anlangt, so wurden angetroffen Fissuren, bewegliche und eingekeilte Frakturen und Komminutivfrakturen. Auch experimentelle Studien über die Entstehung dieser Brüche hat Verf. angestellt und kommt zu dem Schluß, daß die verschiedenartigen Mechanismen, welche diese Frakturen herbeiführen, in der Weise, wie sie experimentell hergestellt wurden, mit den Eigentümlichkeiten der bearbeiteten anatomischen Präparate übereinstimmten.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

16) **Beck.** Über die Metakarpalfissur, einen bis dato nicht beschriebenen Typus der Verletzung der Mittelhandknochen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 5.)

Mittels der Röntgenstrahlen ist es B. gelungen, das alte Dogma, daß die Dislokationsstellung der Bruchstücke beim Metakarpalbruch nur dorsaler oder palmarer Natur sei, zu erschüttern. Die rein laterale bzw. dorsolaterale Verschiebung überwiegt bedeutend. Für solche Fälle empfiehlt Verf. seinen »Gummirohrschienenverband«. Öfters konnte nun B. seit Einführung des Blendenverfahrens teils Quer-, teils Längsfissuren oberhalb der Epiphyse der Metakarpalknochen nachweisen. Die Behandlung hat sich in solchen Fällen natürlich mit



einem schützende[illegible] Verband für 2—3 Wochen zu begnügen, da
gröbere Eingriff, [illegible]uch die Massage, schädlich wirken könnte.

Gaugele (Zwicka[illegible]

17) **W. Simon** [illegible] Über die Luxatio femoris centralis.

(B[illegible]träge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 555.)

Auf Grund z[illegible]hlreicher Fälle aus der Literatur und eines e[illegible]
Falles bekämpft [illegible] das Dogma, daß die Luxatio femoris centra[illegible]
den isolierten Pf[illegible]nnenbrüchen gehöre und weist nach, daß i[illegible]
Regel anderweiti[illegible]e Beckenbrüche sich damit verbinden. De[illegible]
hält er auch den [illegible]llgemein angenommenen Frakturmechanismus
nach »eine große [illegible]Gewalt am Trochanter major oder am abdu[illegible]
Bein angreifend [illegible]ich durch Schenkelhals und -kopf fortsetzen
Pfanne zersprengt [illegible] und den Kopf zwischen den Fragmenten hi[illegible]
in die Beckenhöh[illegible]e hineintreibt«, nicht für einwandsfrei. Er [illegible]
sich überhaupt g[illegible]gen eine Sonderstellung der Luxatio central[illegible]
und betrachtet sie [illegible]als eine Teilerscheinung der verschiedensten B[illegible]
brüche, zu denen [illegible] sich das Hindurchtreten des Schenkelkopfes
die Pfanne als se[illegible]kundäre Komplikation hinzugesellt.

M. v. Brunn (Tübinge[illegible]

18) **K. Vogel.** Zur Ätiologie und pathologischen Anatomi[illegible] Luxatio coxae congenita.

(Zeitschr[illegible]ift für orthopädische Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1.)

Verf. hat na[illegible]chträglich durch Versendung von Fragebogen
anamnestische Da[illegible]aten hinsichtlich der Ätiologie über das Kr[illegible]
material verschafft, das er in seiner bekannten Arbeit über die
borene Hüftverren[illegible]nkung veröffentlicht hat. In 30% der Ant[illegible]
wurde die Frage [illegible] der Erblichkeit bejaht. 25% der Pat. wa[illegible]
Steißlage geboren[illegible]n; annähernd die Hälfte der Kinder hatten
normale Geburt. [illegible] Geringe Fruchtwassermengen sind in 34% de[illegible]
worten notiert. In [illegible]n 20 Fällen (von ca. 200) haben die Eltern na[illegible]
Geburt Bewegung[illegible]gsstörungen des verrenkten Beinchens bemerkt.
norme Stellung w[illegible]wurde noch häufiger beobachtet, und zwar A[illegible]
rotation in 64%, [illegible] Einwärtsrotation in 17,5%, Adduktion und [illegible]
in 7% der Fälle. [illegible]. Auf Grund der Zusammenstellung aller geli[illegible]
Notizen prüft nun [illegible]n Verf. die einzelnen Theorien über die Ätiolog[illegible]
Verrenkung, spez[illegible]ziell über die primäre und sekundäre Stellun[illegible]
Schenkelkopfes u[illegible] und das Zustandekommen der Anteversion
Schenkelhalses.

Intra-uterin [illegible] erfolgt die Verrenkung primär nach hinten
später nachweisba[illegible]are Kopfeinstellung oben außen ist sekundä[illegible]
dagegen die Verr[illegible]renkung in der Gebärmutter zwar vorbereitet,
endet sich aber e[illegible] *erst im postuterinen Leben*, so tritt der Kopf
nach oben. Die [illegible] *Richtung der primären Verrenkung* ist also
schieden, je nach[illegible]*dem sie bei flektierter oder bei extendierter*
stellung entsteht. [illegible] *Die Verrenkung im Uterus entsteht ebenso w[illegible]*

Anteversion durch gleichmäßigen Druck, nicht durch Abhebung des Kopfes von der Pfanne.

Als Ursache der Verrenkung selbst nimmt Verf. für viele Fälle intra-uterine Raumbeschränkung an, glaubt aber, daß diese allein nicht genügt, ein normal angelegtes Gelenk zu verrenken. Als einziges die spätere Verrenkung ermöglichendes Moment muß das Vitium primae formationis v. Ammon's angenommen werden. Die anderen Faktoren, Stellung der Extremitäten und Druck der Uteruswand bei Fruchtwassermangel, sind nach V. nur Begleitmomente, welche die vorbereitete Verrenkung erst zustande bringen. Das Wesen der Entwicklungsstörung beruht, wie V. annimmt, in einer Störung in der Verteilung des Blastems, aus dem sich Becken und Oberschenkelkopf entwickeln. Das primäre Moment hierbei ist die Hyperplasie des Pfannenbodens, welche die Disposition zur Verrenkung schafft. Verf. empfiehlt zum Schluß röntgographische Aufnahmen von Neugeborenen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

19) **H. Ito** und **S. Asahara.** Beitrag zur Frage über die operative Behandlung der intrakapsulären Schenkelhalsfrakturen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 121.)

Die Verff. treten energisch für die Exzision des Schenkelkopfes bei intrakapsulärem Schenkelhalsbruch (Fractura subcapitalis Kocher) ein, die sie selbst in der japanischen Universitätsklinik bei sieben Fällen während der drei letzten Jahre ausgeführt haben. Von den Kranken ging ein 67jähriger Mann bald nach der Operation an Lungenödem und hypostatischer Pneumonie zugrunde, die übrigen machten eine aseptische Heilung des Resektionsschnittes durch und erlangten bei mehr oder weniger starker Verkürzung des Beines eine leidliche Gehfähigkeit, zurzeit der Entlassung aus dem Spitale freilich noch nur an Krücken.

Verff. berücksichtigen die Literatur namentlich auch hinsichts der Vernagelungs- bzw. Verschraubungsmethode für die operative Behandlung der fraglichen Frakturen. Wenn sie deren Zuverlässigkeit mißtrauen und der radikaleren Kopfresektion den Vorzug geben, stützen sie sich auf eine Reihe Tierexperimente. Bei letzteren wurden Hunden nach Eröffnung der Hüftgelenkskapsel Schenkelhalsbrüche beigebracht, sowohl inkomplette wie komplette und die Brüche teils sich selbst überlassen, teils mit Drahtnaht vereinigt. Nur die unkompletten Frakturen zeigten Aussicht zur Heilung, während die kompletten, und zwar auch die der Knochennaht unterzogenen, in weitaus der Mehrzahl der Fälle unkonsolidiert blieben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).



20) v. Mosetig-Moorhof. Über Radikaloperation bei tuberkulöser Koxitis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 20.)

Um einen möglichst breiten Zugang zum Gelenk zu schaffe[illegible] klappt v. M. einen [illegible] zollbreit unterhalb des Trochanter major zunger[illegible] förmig endenden L[illegible]appen auf mit breiter oberer Basis, dessen Ränd[illegible] — nach oben divergierend — parallel mit der Faserung des Glutae[illegible] max. verlaufen. A[illegible]bsägung des Trochanter major in schräger Ric[illegible] tung nach oben innen. Nach Spaltung der Kapsel eventuelle Lux[illegible] tion des Kopfes und Nachsuchen nach Herden, je nach Bedarf [illegible] Entfernung von Kopf und Hals und plombieren von im Femurscha[illegible] (Regio intertrochanterica) noch gefundenen Heerden. Dann sorgfälti[illegible] Exstirpation der gesamten Kapsel in minutiösester Weise und Sch[illegible] nung der queren Beckenmuskeln. Dann Revision und Ausräumu[illegible] der Pfanne, wenn nötig bis zur Fascia pelvis. War der Kopf [illegible] der Pfanne ankylotisch verwachsen, so wird nach Eröffnung der Kaps[illegible] der Hals durchsägt und erst zum Schluß der Kopf mit Halsteil u[illegible] Pfanne entfernt.

Ausgießen der Pfannenhöhle nach Ausspülen mit 1%iger Form[illegible] linlösung und genauer Trocknung mit M.'scher Plombe und Einpflanz[illegible] von Kopf- bzw. Halsrest in die langsam erstarrende Masse. Naht d[illegible] temporär resezierten Trochanterenden.

In drei Fällen, in denen zum Schluß der Operation Kopf und H[illegible] fehlten, hat v. M. [illegible] wiederum nach Plombierung der Pfannenhöhle [illegible] Parallelstellung verbunden, d. h. ohne den Schaft in die Pfannenhö[illegible] zu implantieren. Der Erfolg war ein sehr guter. Verkürzung [illegible] 2½—3 cm (annähernd wie vor der Operation). Straffe Pseudarthro[illegible] die den Pat. auch das Sitzen gestattete und trotzdem die Festigk[illegible] des Beines beim Stehen und Gehen nicht beeinträchtigte. v. M. fü[illegible] dies Ausbleiben jeder nennenswerten proximalen nachträglichen V[illegible] schiebung auf die Erhaltung der queren Beckenmuskulatur zurück[illegible]

Hübener (Dresden).

21) A. Lorenz und M. Reiner. Hüftgelenksresektion [illegible] totaler Kapselexstirpation, nebst Bemerkungen über die Tot[illegible] exstirpation des tuberkulösen Hüftgelenkes.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 15.)

Die Methode, deren Einzelheiten im Originale des näheren zu [illegible] sehen sind, beruht in kürze auf folgendem:

Von zwei Schnitten aus — einem vorderen, am medialen Rande [illegible] Tensor fasciae latae, einem hinteren, dem alten Langenbeck'sch[illegible] Resektionsschnitt entsprechend — wird die Kapsel vorerst von al[illegible] Weichteilen der Umgebung vollständig losgelöst, und zwar derart, [illegible] sich die Lösung auf den ganzen Zylindermantel der Kapsel erstrec[illegible] von seinem ringförmigen Ansatz am Pfannenrand bis zur Insertion [illegible] der Wurzel des Halses. Dann erfolgt die Abtragung der Kaps[illegible]

insertion am Pfannenrande, wobei der Limbus cartilagineus am Kapselschlauch verbleibt und mit demselben entfernt wird. In gleich genauer Weise Abtrennnung an der Wurzel des Halses. Nun nach Luxation des Kopfes durch starke Innenrotation, kann die lose Hülle, eventuell nach Inzision der Kapselenge, bei noch völlig erhaltenem Kopf abgestreift werden. Danach Revision von Kopf, Hals und Pfannengrund.

Ist jedoch die Konsumption schon soweit vorgeschritten, daß der größere Teil des Halses bereits verloren gegangen ist, so kann man eventuell nach weiterer Bloßlegung des Operationsfeldes durch Hochschlagen des durch die Verbindung beider Schnitte und Ablösung aller Sehneninsertionen vom Trochanter major entstandenen Lappens — wobei der Trochanter major selbst in Verbindung mit dem Femur bleibt —, dieses durch eine von der Spitze des großen zu jener des kleinen Trochanter reichende Osteotomia obliqua vom Hüftgelenk abtrennen. Sodann wird mit breitem Hohlmeißel das ganze Gelenk in toto exstirpiert, so daß nur ein kleines Stückchen des tiefstgelegenen Pfannenbodens zurückbleibt. Hierbei ist indessen das Gelenk noch nirgends eröffnet worden, wie es oben beschrieben wurde. Die Meißelflächen des Pfannenortes und jene der Osteotomia obliqua werden zur flächenhaften Berührung gebracht zur Herstellung einer knöchernen Vereinigung.

Hübener (Dresden).

---

22) **S. de Zouche-Marshall.** Suggestions for first-aid treatment of fractured thigh in military or civil practice.

(Brit. med. journ. 1905. August 19.)

Verf. empfiehlt als erste Hilfe und Transportmittel bei Oberschenkelbrüchen eine einfache Vorrichtung an der Tragbahre, die es gestattet, den Verletzten mit geringer Schmerzzufügung unter dauernder Extension auch auf hügeligem Gelände weite Strecken fortzuschaffen. Eine breite Binde wird am oberen Handgriffe der Trage befestigt, läuft über die linke Schulter des auf der Trage liegenden Verletzten bis zum Damme, wird von hier hinter den Rumpf geführt und läuft unter der rechten Schulter zum anderen oberen Handgriffe der Trage, wird hier einfach geknotet und läuft nun über der rechten Schulter, um den Damm unter der linken Schulter zum ersten Handgriffe zurück. Gegen den so fixierten Körper des Verletzten wird die gebrochene Extremität mit einfacher Spica ums Fußgelenk extendiert durch Befestigung an einer quer zwischen beiden unteren Handgriffen der Trage straff ausgespannten Binde. — Zwei Zeichnungen veranschaulichen die Vorrichtung.

W. Weber (Dresden).

---

23) **Flint.** Contusion and laceration of the mucous and alar ligaments and synovial fringes of the knee-joint.

(Annals of surgery 1905. September.)

Im Kniegelenk setzt sich die Spitze des dreieckigen Lig. mucosum in der Incisura intercondyl. des Oberschenkels an, zwei seitliche Falten

desselben, welche na[illegible]h aufwärts zum seitlichen Rande der Kniescheibe gehen, sind die Li[illegible] alaria. Eigentliche Ligamente sind die eben genannten Bänder [illegible]icht, sondern nur mit Fett angefüllte Synovialfalten. Bei Traume[illegible]n werden diese Ligamente nicht selten betroffen, wodurch sie einreiß[illegible]en und zerfasern und wodurch ihre Fettzotten wuchern und mehr [illegible]der weniger lang ins Gelenk ragen. Durch diese Verletzungen entst[illegible]hen die chronischen Kniegelenksentzündungen, welche zu rezidivie[illegible]renden Ergüssen, Schlaffheit der Kapsel und Schwäche führen. E[illegible]ine Abhilfe ist nur zu schaffen durch eine bogenförmige Eröffnung [illegible]es Gelenkes an der inneren Seite und Abtragen des Ligaments oder [illegible]der Zotten.

Vier derartige [illegible]Fälle chronischer Entzündung, welche mit Erfolg operiert wurden, sin[illegible]d in der Arbeit beschrieben. **Herhold** (Altona).

---

24) **Auroletti.** [illegible] Il tricipite surale nei trapianti tendinei.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 3.)

Die Verwendun[illegible]g des Triceps surae zu Sehnenverpflanzungen soll Rücksicht nehmen [illegible] auf seine anatomische Struktur. Der Gastrocnemius läßt sich l[illegible]eicht der Länge nach in zwei Muskeln teilen, die völlig von einander u[illegible]nabhängig sind, indem seine Köpfe mit parallelen Längsfasern abwärts[illegible]ts sich in eine Sehne fortsetzen, die leicht in der Mitte geteit werden [illegible]n kann. Der Soleus, ein gefiederter Muskel, läßt sich wieder von ihm [illegible] abtrennen, selbst aber auch, wenn auch nicht so hoch herauf, wie [illegible]der Gastrocnemius in zwei Portionen schneiden, einen tibialen und e[illegible]inen peronealen. Er eignet sich am besten zum Ersatz von Muskeln, [illegible]n, die wie er mehr Kraft entwickeln als sehr starke Bewegungsexkursion [illegible]n hervorrufen, also den ihm auch zunächst liegenden tiefen Wadenmuske[illegible]eln oder den Peroneen, der Gastrocnemius zum Ersatz der dorsalen [illegible]n Extensoren.

Der Schnitt zur [illegible]ur Freilegung geht über die ganze Länge der Wade. Man trennt die Mu[illegible]uskeln zuerst da, wo ihre Sehnen noch nicht begonnen haben, soda[illegible]ann letztere von der lateralen Seite aus, da medial da, wo der Plantari[illegible]ris sich anlegt, sie stärker verschmolzen sind. Abwärts geht man da[illegible]ann bis zum zylindrischen Teile der Achillessehne, dann wird das notw[illegible]wendige Stück der gewählten Muskeln abgeschnitten und verpflanzt. Da[illegible]as tiefe Blatt der Wadenfascie soll zwischen den abgetrennten Teil u[illegible] und den übrig bleibenden eingeschlagen und vernäht werden, um e[illegible] ein Wiederverwachsen zu verhüten und dem abgetrennten Teil eine[illegible]ne größere Selbständigkeit zu bewahren. Der Vorteil vor den bisher[illegible]rigen Lappenmethoden besteht darin, daß man so wirklich selbständig [illegible]g funktionierende Muskelteile überpflanzt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

25) **M. Hofmann.** Ursachen und Bedeutung der Stellung des Fußes in Pro- oder Supination bei fungöser Erkrankung des unteren Sprunggelenkes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 575.)

H. untersuchte an 14 Fällen die Beziehungen der Stellungsanomalien des Fußes zu der Ausbreitung des fungösen Prozesses im unteren Sprunggelenk. Er fand dabei ganz konstante Beziehungen derart, daß bei vorwiegender Beteiligung der Articulatio talonavicularis der Fuß in Pronation und Abduktion, bei vorwiegender Beteiligung der Articulatio talocalcanea aber in Supination und Adduktion stand. Dieselben Stellungen erhielt er, wenn er mit einer erstarrenden Injektionsmasse diese beiden Teile des unteren Sprunggelenkes isoliert injizierte. Die Bonnet'sche Regel, daß bei maximaler Füllung eines Gelenkes dieses eine charakterische »Parallellage zur Mittellage« einnimmt, fand also auch an den untersuchten Gelenken ihre Bestätigung. Die Befunde sind so konstant, daß man die Stellungsanomalien für die Lokaldiagnose des tuberkulösen Prozesses verwerten kann.

M. v. Brunn (Tübingen).

Kleinere Mitteilungen.

26) **McConnell.** A case of tumor of the left first and second frontal convolutions with motor agraphia as its chief localizing symptom; successful removal of the tumor.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1905. Juli—August.)

Motorische Agraphie als einzelnes und hervortretendes Symptom einer Hirnschädigung ist so selten, daß die Ansichten über das Vorhandensein und die Lage eines Schreibzentrums an der Hirnrinde bisher stark auseinandergehen. Der hier mitgeteilte Fall einer operativ entfernten Geschwulst der linken Stirnwindungen mit motorischer Agraphie als hauptsächlichem lokalisierendem Symptom zeigt jedoch, daß die motorische Agraphie ein Symptom von lokalisierendem Wert ist und bei rechtshändigen Menschen auf eine Hirnschädigung hinweist, welche auf den Fuß der linken zweiten Stirnwindung beschränkt ist.

Der 28jährige Pat. litt seit etwa 5 Jahren an zeitweiligen epileptiformen Anfällen, welche in letzter Zeit sehr häufig wurden und hauptsächlich die Muskulatur der rechten Gesichtshälfte betrafen. Hier fand sich auch leichte Parese; außerdem bestanden Sprachstörungen, welche wohl eher auf einer Parese der Artikulations- und Phonationsmuskeln, als auf Aphasie infolge von Schädigung der Broca'schen Rindenzone beruhten. Das hervortretendste Symptom war jedoch die Unmöglichkeit, spontan oder nach Diktat richtig zu schreiben, während einfaches Kopieren eines Schriftstückes gut gelang. Seit einem Jahre bestand auch Reizbarkeit und Gedächtnisschwäche. Die Operation ergab eine subdurale, oberflächliche Geschwulst, welche den Fuß der zweiten linken Stirnwindung bedeckte und etwas auf die erste und dritte Stirnwindung und den vorderen Rand der Präzentralwindung übergriff. Vollständige Entfernung der Geschwulst, deren Natur nicht angegeben wird. Die Sprachstörungen besserten sich unmittelbar darauf, die Agraphie erst allmählicher, jedoch fast vollständig, so daß Pat. 3 Wochen nach der Operation einen fast normalen Brief schreiben konnte. **Mohr** (Bielefeld).

27) **F. Furet.** Trai[illegible]ement chirurgical de la paralysie faciale.
(Revue hebdo[illegible] de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 32.)

Seitdem Ballanc[illegible] im Jahre 1895 und Faure 1898 zum erstenmal die ge nannte Operation ausgef[illegible]rt, sind im ganzen 25 Fälle publiziert worden. In einem sich durch wohltuende [illegible]ürze auszeichnenden Artikel bespricht Verf. die hierau resultierenden Erfahrun[illegible]n. Siebenmal wurde der Hypoglossus, in den übrigen Fällen der Accessorius [illegible]ewählt. In sechs Fällen war der Eingriff ohne Erfolg dabei darf aber nicht a[illegible]eracht gelassen werden, daß die Symmetrie des Gesicht nur im Ruhezustande w[illegible]der hergestellt ist, da doch eine Unterbrechung der Lei tung zwischen den bet[illegible]ffenden Zentren fortbesteht. Bei der Accessoriusanasto mose erfolgen sogar, [illegible]esonders anfangs, recht ungraziöse Mitbewegungen de Schulter, die sich durc[illegible] Selbsterziehung einigermaßen vermindern lassen. Scho aus diesem Grunde gibt [illegible]Verf. dem Hypoglossus den Vorzug; dazu kommt noch di Möglichkeit einer Trap[illegible]ziusatrophie. Um eine Hemiatrophie der Zunge zu ver meiden, empfiehlt er, i[illegible] Hypoglossus ein Knopfloch anzulegen und in demselbe den Facialis zu befestig[illegible]n. Endlich darf man nicht übersehen, daß die Kerne de Facialis und Hypoglossu[illegible]s einander wesentlich näher liegen. Die ersten Wirkunge der Operation zeigen s[illegible]ch in der Regel nach 6 Monaten. Manchmal war soga ein willkürlicher Lidsch[illegible]luß ermöglicht. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

28) **Barrie.** Dentig[illegible]erous cyst of the lower law.
([illegible]Annals of surgery 1905. September.)

Die Zahncyste, wel[illegible]che durch Resektion des Unterkiefers entfernt wurde, e streckte sich vom vorde[illegible]ren Rande des rechten Masseter bis zum linken Kiefer winkel und bildete eine [illegible] mit Epithelium adamantineum ausgekleidete Knochenhöhl des Unterkiefers. Auf [illegible]die mit Zähnen versehenen seitlichen Kieferstümpfe wurd je eine Goldkrone geset[illegible]zt und beide durch Platindrähte verbunden. Diese tempo räre Drahtprothese wurd[illegible]e später durch Kautschukprothese ersetzt. Verf. weist au die Seltenheit dieser bil[illegible]lateralen zu den Cystadenomata zählende Cyste hin.

Herhold (Altona).

29) **Müller.** Lesion[illegible]s de la langue par explosion d'une étoupille tenu entre les dents.
(Arch. d[illegible]e méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 9.)

Ein Kanonier steck[illegible]kte eine Schlagröhre, wie sie zum Abfeuern des Geschütz gebraucht wird, so in [illegible] den Mund, daß die Zündschnur nach außen hing, da brachte er die Schlagrö[illegible]röhre durch Ziehen am Faden zur Explosion. Die Folge w eine starke Blutung aus [illegible]us dem Munde und zwei quere, ziemlich tiefe Risse in d Zungenmuskulatur. Die [illegible]Die Blutung wurde durch Waschen mit heißer 10%iger Ant pyrinlösung zum Stehen [illegible]en gebracht, die Wunden heilten unter antiseptischen Au spülungen des Mundes i[illegible]s innerhalb 22 Tagen. Das Sprechen, das anfangs ganz u möglich war, kehrte nac[illegible]ach Ablauf der Heilung in normaler Weise wieder.

Herhold (Altona).

30) **F. Ivens.** A ca[illegible]case of primary tuberculosis of the pharyngeal tons associa[illegible]iated with tuberculous cervical glands.
(Lancet 1905. September 16.)

Verf. untersuchte 3[illegible]35 Fälle von adenoiden Vegetationen des Nasenrachens, b denen in nahezu allen gl[illegible]gleichzeitige cervicale Drüsenvergrößerung bestand. In eine Falle fand er Tuberkul[illegible]lose in den Geweben der Rachentonsille. Verf. hält tro dem diese Rachentonsil[illegible]ille in überaus vielen Fällen von Cervicaldrüsentuberkulo für ätiologisch verantw[illegible]wortlich. In allen Fällen von cervicaler Drüsentuberkulo ist daher nach einer E[illegible]Erkrankung gleicher Art bei der Rachentonsille zu fahnde Die internationale [illegible]Literatur über den Punkt ist entsprechend zitiert.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

31) **J. Poult.** Ein Teratom der Thyreoidea, Beitrag zur Geschwulstlehre.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXI. p. 101.)

Die Geschwulst stammte von einem 2 Monate alten Kinde, war bei der Geburt bereits vorhanden und hatte sich langsam bis zur Größe eines kleinen Apfels entwickelt. Sie wurde operativ entfernt; ihr Sitz war am vorderen Rande des Kopfnickers etwas unterhalb des linken Kieferwinkels. Die sehr sorgfältige histologische Untersuchung — Details müssen im Original nachgelesen werden — ergab, daß die Geschwulst zum größten Teile aus embryonalem Nervensystem bestand; daneben finden sich Teile von der Pigmentschicht der Retina, ferner Bindegewebe, Fettgewebe, hyaliner Knorpel mit Knochen, quergestreifte Muskulatur und epitheliale Elemente, wie Drüsen, Cysten, solide Haufen von Epithelzellen und kleine Läppchen von Talgdrüsen. Für die Entstehung der Geschwulst wird, besonders mit Rücksicht auf die Art seines Wachstums, eine Inclusio foetus in foetu angenommen. **Doering** (Göttingen).

32) **T. Grünenwald.** Über Struma intratrachealis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 711.)

Bei einer 36jährigen Frau waren die seit 2½ Jahren bestehenden Atembeschwerden bedingt durch eine intratracheale kirschgroße Geschwulst, die an der Hinterfläche der Luftröhre saß. Sie wurde exstirpiert und erwies sich als Kolloidkropf. Die Schilddrüse selbst war nicht vergrößert. Es ist die 15. derartige Beobachtung. **M. v. Brunn** (Tübingen).

33) **Machado** (Lissabon). L'état actuel de la roentgenologie dans l'étude du myxoedème.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 1.)

Hofmeister war der erste, der das Knochenwachstum des Kretins mittels der Röntgenstrahlen prüfte. Nach ihm veröffentlichten noch verschiedene andere ihre mit den Röntgenstrahlen an Kretins gemachten Erfahrungen, so Lange, Gasne, Londe, Allard, Hertoghe. Alle berichten, daß die Ossifikation nicht die normale Entwicklung aufwies; einige konnten durch das Röntgenbild bei Thyroidingebrauch eine Besserung konstatieren. Verf. beschreibt dann einen Fall von Kretinismus bei einem 19 Jahre alten Knaben, von 88 cm Länge und 51 cm Kopfumfang; die große Fontanelle des Schädels war noch nicht verknöchert; die Zähne mangelhaft, Stumpfnase; die Schilddrüse fehlte vollkommen; die Intelligenz war beinahe gleich Null. Das beigefügte Röntgenbild des Vorderarmes zeigt, daß die Ossifikation noch nicht vollendet ist; so sind von den Handwurzelknochen nur drei Knochenkerne sichtbar. **Gaugele** (Zwickau).

34) **P. Daser.** Über einen Fall von Osteitis deformans (Paget). (Aus der chirurgischen Abteilung des Deutschen Hospitals in London. Dr. zum Busch.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 34.)

Bei einer 50jährigen Frau entwickelten sich bald nach der Geburt des 6. Kindes vor 16 Jahren unter Schmerzen fortschreitende Verkrümmungen der Knochen der Oberschenkel und Wirbelsäule, so daß die Körperlänge der Pat. beträchtlich abnahm. Die Knochen der Schädelkapsel, des rechten Oberschenkels verdickten sich, waren sehr druckempfindlich; die Beine überkreuzten sich unterhalb der Kniegelenke, so daß die Kranke kaum stehen und gar nicht gehen konnte. Die Röntgenuntersuchung zeigte deutlich die regressiven und progressiven Veränderungen an den Oberschenkelknochen: starke Verdickung der Corticalis auf Kosten der stark verengten Markhöhle bei Schwanken des Kalkgehaltes der einzelnen Knochenpartien (helle und dunkle Stellen im Bilde). Da Geschwulstbildung auszuschließen war, mußte der Fall als Osteitis deformans (Paget) angesprochen werden. **Kramer** (Glogau).

35) H. G. Barling [illegible] Aneurysmal dilatation of the right subclavian artery, the innom[illegible]ate and the first part of the common carotid.

(Lancet 1904. September 16.)

Verf. wollte bei [illegible]iner 45jährigen Pat. mit obigem Leiden die proximale Unterbindung der zufü[illegible]renden Gefäße machen. Die Gefäßerweiterung setzte sich jedoch zu weit zentral[illegible]wärts fort. So machte er denn notgedrungen die distale Unterbindung der erste[illegible] Portion der Axillararterie und der Mitte der Carotis communis. Er erzielte dad[illegible]urch eine Obliteration der Subclavia und ein ausgezeichnetes Resultat. Er empfiehlt [illegible]für ähnliche Fälle die Nachahmung seines Verfahrens.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

36) E. Burci (Flore[illegible]nz). Delle operazioni economiche nella cura dei tumori maligni della scapola.

(Clinica chirurgica Bd. XI. Nr. 1.)

B. betont den konse[illegible]rvativen Zug auf manchen Gebieten der operativen Chirurgie, so, wenn es sich daru[illegible]m handelt, bösartige Geschwülste vom Knochensystem zu entfernen. Gerade die [illegible]Deutschen stehen da im Gegensatz zu Ollier, welcher »die konservativste Chirurgie[illegible] jene, welche das meiste entfernt« nennt.

B. hat insbesondere [illegible] neun Fälle bösartiger Knochenneubildungen zu verzeichnen, bei welchen »operazioni [illegible] economiche« ausgeführt wurden, will aber speziell nur eine Operation wegen eines S[illegible]pindelzellensarkoms des rechten Schulterblattes besprechen. Es war ein 30jähriger B[illegible]äcker, welcher seit einigen Wochen Schmerzen im rechten Schulterblatt verspürte, [illegible] wo sich eine kindskopfgroße, derbe Geschwulst am äußeren Rande, knapp über dem [illegible] unteren Winkel vorfand. Die Muskeln über der Geschwulst schienen schlaff, doch b[illegible]estand keine Störung der Armbewegungen. In der Achselhöhle einige tastbare Ly[illegible]mphdrüsen. B. nahm ein Spindelzellensarkom an, was eine Probeexzision bestätigte[illegible]. Die Operation selbst führte er so aus, daß er die ganze Geschwulst samt der Par[illegible]s infraspinata des Schulterblattes, den sich dort ansetzenden Muskeln und dem Ach[illegible]seldrüsenpaket entfernte. Die Heilung erfolgte ganz glatt in 32 Tagen. Nach eini[illegible]gen Wochen konnte Pat. bereits mit ausgestrecktem Arm 5 kg auf der Handfläch[illegible]e längere Zeit ohne besondere Anstrengung halten. Er nahm seine schwere Ar[illegible]beit bald auf und ist seit 6 Jahren ganz gesund.

Die Geschwulst, vo[illegible]n den Muskeln usw. befreit, wog 620 g, die Maße waren 10,5 : 13 : 10; eine fibrös[illegible]e dichte Hülle schloß eine harte, stellenweise ossifizierte Masse ein, welche alle C[illegible]haraktere eines osteoiden Spindelzellensarkoms periostalen Ursprungs darbot.

B. konnte nur 52 e[illegible]inschlägige Fälle in der Literatur nachweisen, von denen gerade die Hälfte wirkl[illegible]ich als mit konservativen Operationen (Partialresektionen des Schulterblattes) gehe[illegible]ilt angeführt werden kann.

Jedenfalls bietet die[illegible]se Operation gegenüber der totalen Resektion des Schulterblattes einen so wesentli[illegible]chen Vorteil, daß jedesmal eine sorgfältige Überlegung am Platze ist: Die funktione[illegible]llen Resultate sind unvergleichlich besser, wenn die Gelenkfläche erhalten werden k[illegible]ann.

J. Sternberg (Wien).

37) Blecher. Beitra[illegible]g zur Behandlung der myelogenen Sarkome der langen Röhrenknochen.

(Deutsche Ze[illegible]itschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 597.)

B. hat über den hie[illegible]r eingehender von ihm berichteten Fall (subperiostale Kontinuitätsresektion aus de[illegible]m Humerus eines Kürassiers wegen Sarkom) in der Berliner Chirurgenvereinigun[illegible]g Vortrag gehalten, und verweisen wir auf das diesbezügliche, bereits p. 154, Jah[illegible]rgang 1905, unseres Blattes erschienene Referat. Hervorzuheben sind die zwei [illegible] *der Arbeit beigegebenen Röntgenbilder, deren erstes den Arm vor der Operation* [illegible] *mit dem Schattenumriß der Geschwulst, deren zweites denselben 4 Monate nach* [illegible] *der Operation mit dem nach der Resektion regenerierten Knochen darstellt.*

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

38) **E. H. van Lier.** Über Nervenkompression.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 711.)

Verf. beobachtete einen Fall von Medianusparalyse nach einem Stich in den Oberarm, der zu einem Aneurysma der Art. brachialis geführt hatte. Nach Exstirpation des Aneurysmas schwanden die nervösen Störungen nicht, besserten sich dagegen innerhalb 12 Tagen, als in einer zweiten Sitzung der von Bindegewebe durchwachsene Nerv freigelegt und mit reichlichen Längsinzisionen versehen worden war.

Durch Versuche am Nervus ischiadicus des Frosches erkannte Verf., daß bei Kompression eines Nerven dieser seine Kontinuität nicht einbüßt, daß aber das Axoplasma fortgedrückt und dadurch die Leitungsfähigkeit unterbrochen wird. Beim Nachlassen des Druckes strömt das Axoplasma zurück, wodurch die Leitungsfähigkeit wieder hergestellt wird. In derselben Weise erklärt Verf. auch die Heilung in seinem Falle, wie auch in allen übrigen, in denen sich auf einen operativen Eingriff auffallend schnell die Leitungsfähigkeit wieder herstellt, zu einer Zeit, zu der von einer Regeneration des Nerven noch keine Rede sein kann.

M. v. Brunn (Tübingen).

39) **J. Fessler.** Die Lagerung des Nervus radialis bei Oberarmbrüchen der Diaphyse.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 60.)

Gestützt auf zwei eigene Beobachtungen stellt F. für die nach Oberarmbrüchen eintretenden Radialislähmungen die Theorie auf, daß das wesentliche bei dieser Erkrankung eine allmählich oder rasch einsetzende und dann fortdauernde Überdehnung des Nerven über die mehr oder minder dislozierten Knochenbruchstücke sei. In beiden F.'schen Fällen fand sich eine Vorragung des unteren Humerusbruchstückes nach außen. Der Nerv, gerade dort wo er sich spiralig um den Oberarmknochen schlingt, erschien durch diese Knochenvorragung deutlich überdehnt und war degeneriert, verdünnt, rotbraun aussehend. In beiden Fällen wurden die vorragenden Knochenspitzen abgetragen, in Fall 1 eine Anfrischung und Naht des Nerven gemacht, während bei Fall 2 der Nerv vorsichtig freigelegt und entspannt, sowie mit Muskelgewebe unterbettet wurde. In Fall 1 war nach einem Jahre wenigstens die Möglichkeit der Supination und etwas Extensionsfähigkeit im Handgelenke wiedergekehrt. Fall 2, bei dessen Nachbehandlung die Bruchstelle durch Schienung in eine etwas nach innen konvexe Stellung gebracht wurde (zur Entspannung des Nerven), gab ein ganz genügendes Endresultat. Einen sehr ähnlichen Fall von Czerny stellt F. den seinigen zur Seite. Die sonstige Literatur zur Sache wird gründlich herangezogen, und zum Schluß werden sämtliche wichtigen publizierten Fälle in Krankengeschichtsauszügen mitgeteilt. F. bedient sich dabei folgender von der anderer Autoren abweichenden Einteilung: 1) Sofort bzw. »primär« bei Oberarmfraktur eintretende Lähmungen (Interposition mit Verletzung bzw. Kompression des Nerven 18 Fälle). 2) Lähmungen der Zwischenstufe, d. h. solche, welche während der Frakturheilung bemerkbar wurden, 35 Fälle. 3) Sekundärlähmungen, die erst nach mehreren Wochen und Monaten nach der Frakturheilung bemerkt wurden, 12 Fälle. 4) Unbestimmte Fälle, 15.

Betreffs der Therapie legt F., entsprechend seiner Theorie, auf eine Frakturbehandlung Wert, welche jede Auswärtsbiegung der Bruchstelle vermeidet; eher soll vielmehr an der Bruchstelle ein nach innen vorspringender Winkel hergestellt werden, zur Vermeidung der Dehnung des Radialnerven. Besonders empfehlenswert ist die Extensionsbehandlung nach Bardenheuer. Liegen komplizierte Frakturen vor, so ist bei aseptischer Wunde eine vollkommene Nervenzertrennung natürlich primär zu nähen. Bei infektionsverdächtiger Wunde jedenfalls zunächst antiseptische Tamponade. Operative Revision und Versorgung des Nerven je nach dem sich bietenden Befunde ist bei jeder »in der Zwischenstufe« während der Frakturheilung eintretenden Lähmung erforderlich, und ist dann besonders die Nervenentspannung ins Auge zu fassen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).



40) H. Lorenz. Zur Kenntnis der Fractura capituli humeri (... tiae capitatae).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 53...)

Die Mitteilungen Kocher's über das typische Krankheitsbild benannten »Fractura capituli humeri« haben sich L. in zwei eigene... in der Wiener Klinik von Hochenegg als völlig präzise zutreff... handelt sich dabei um eine Abschälung des Knorpelüberzuges des ... von seiner knöchernen Unterlage durch indirekte Gewalt. E... Rolle eines freien Gelenkkörpers, ist zwischen Radiusköpfc... Humerus epicondylus leicht vortretend sicht- und fühlbar, a... nachweisbar und veranlaßt plötzlich behinderte Ellbogenstreck... Beugung, freier Pro- und Supination, ohne daß ein stärkerer ... kommt. Bei Kenntnis des Symptomenkomplexes ist die Ver... obachtungen beweisen, leicht und sicher diagnostizierbar. D... L.'schen Fällen bestand in einer kraftvollen Ellbogenstrecku... in der Hand gehaltenen eisernen Geräte (Eisenstange bzw. ... feste Unterlage gehauen wurde. Die Behandlung hat in de... Exzision des Knorpelstückes zu bestehen und kam in den ... völlig erfolgreichen Ausführung.

Außer der beschriebenen Fraktur kommt auch eine mit i... selnde andere Bruchform am Humerusköpfchen vor, wo dasselb... Basis abgetrennt wird. (Fälle von Steinthal und Hahn.) Di... Fraktur erscheint nur durch direkte Gewalt (Auffallen gegen das ... denkbar. Auch hier wird die Exzision des losen Fragmentes ... Therapie sein.

Meinhard Schmidt ...

41) v. Schmarda. Zur operativen Behandlung veraltet... gelenksluxationen.

(Zeitschrift f. Heilkunde Bd. XXV (N. F. Bd. V). Jahrg. 1904. Hft. 1... f. Chirurgie u. verw. Disziplinen Hft. 4.) Wien 1905.

Einleitend werden in einer historischen Übersicht über die Entwic... Behandlung veralteter Ellbogengelenksverrenkungen die wichtigsten Arb... diesem Gebiet aufgezählt. Es folgt dann die Mitteilung von neun wäh... Jahre 1895—1903 operativ behandelten veralteten Ellbogenverrenkungen ... II. chirurgischen Klinik zu Wien. Bei allen neun Fällen wurde die blutige... sition durch Arthrotomie von einem hinteren Längsschnitt aus gemacht, je... primäre Heilung erzielt, und die funktionellen Endresultate waren vorzüglic...

Dettmer (Bromberg...

42) W. Bogoljubow. Zur Kasuistik der von Gelenkkapseln ... gehenden Geschwülste.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Bei dem 6jährigen Knaben wurde vor 4 Jahren eine erbsengroße Gesch... in der rechten Ellbeuge bemerkt, die ohne ersichtliche Ursache auftrat. Sie w... langsam, ohne Beschwerden zu machen.

Der im übrigen durchaus gesunde Knabe trug an der Vorderseite des rec... Unterarmes eine »ovale«, bewegliche, mannsfaustgroße Geschwulst, die nicht dr... empfindlich war und die Funktion des Ellbogengelenkes nicht beeinträchtigte. ... Konsistenz nach zerfiel die Geschwulst in einen derben und einen mehr elastis... Teil. Operation (in Narkose): Die Geschwulst ließ sich fast ganz stumpf ausl... bis an ihren derben, bindegewebigen Stiel, welcher in die Kapsel des Gelenkes ... mittelbar überging. Bei dem Versuche, sie von der Kapsel zu trennen, traten ei... Tropfen Synovia aus. Die Synovialis war in einen Trichter ausgezogen, der d... abgebunden wurde. Verlauf bis auf Nahteiterung glatt. Histologisch erwies s...

die Geschwulst als ein von der Gelenkkapsel ausgegangenes Fibrolipom mit eingelagerten Knorpel- und Knochenstückchen.

Bemerkenswert ist in diesem Falle, daß die Geschwulst sich außerhalb der Gelenkhöhle weiter entwickelte. Verf. hat nur einen, und zwar ganz gleichen, Fall gefunden, den Bischitzky aus der Wölfler'schen Klinik mitgeteilt hat. Auch dort handelte es sich um eine von dem vorderen Kapselteil ausgehende Geschwulst. **V. E. Mertens** (Breslau).

43) **Frey** (Geisingen). Gewichtsextension der Haut.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

F. gelang es, die bei einer Amputation der Hand eines 73jährigen schwachsinnigen Mannes zu kurz geratene Hautmanschette durch Anbringung einer Gewichtsextension mittels Heftpflasterstreifen usw. so zu dehnen, daß die vorher sehr stark gespannten Nähte entlastet wurden und glatte Heilung eintrat. Das Verfahren eignet sich vielleicht auch in Fällen von plastischen Operationen, wo nicht genügendes Hautmaterial vorhanden ist, so daß Entspannungsschnitte vermieden werden könnten. **Kramer** (Glogau).

44) **K. Schulze.** Ein Fall von spontaner Subluxation der Hand nach unten (Dupuytren-Madelung'sche Subluxation). (Aus Prof. Th. Kölliker's Privatklinik in Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

Der Fall betraf ein 16jähriges Mädchen mit angeborener doppelseitiger Hüftgelenksverrenkung; die Subluxation der Hand nach unten, welche mit dem Vorderarme die charakteristische Bajonettform zeigte, und das starke Hervortreten des Ulnaköpfchens und unteren Radiusendes dorsalwärts, eine Verlängerung der Ulna und eine volarwärts gerichtete Krümmung der unteren Radiushälfte erkennen ließ, besteht seit dem 9. Lebensjahre, z. T. wohl als Folge einer starken »Verdrehung« der Hand, an der indes schon früher »der Knöchel« stark vortretend gewesen sein soll. Die Dorsalflexion und radiale Abduktion war stark behindert, die Volarflexion über die Norm gesteigert; Schmerzen fehlten, vielleicht deshalb, weil das Mädchen schwere Arbeit nicht zu leisten hatte. Pat. trägt einen Schienenhülsenverband (nach Hoffa), der redressierend wirkt. **Kramer** (Glogau).

45) **W. Cohn.** Über die isolierte Ruptur der Symphysis ossium pubis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 539.)

Ein 54jähriger Landwirt wurde beim Durchgehen seiner Pferde vom Wagen geschleudert, von einem Pferde getreten und eine Strecke weit geschleift. Er lag $^1/_4$ Jahr zu Bett, konnte dann anfangs nur auf zwei Krücken, nach $^3/_4$ Jahr mit zwei Stöcken, später mit einem Stocke gehen. Einige Monate nach dem Unfalle trat vorübergehend Incontinentia urinae et alvi ein. Bei der $2^3/_4$ Jahre nach dem Unfalle vorgenommenen Untersuchung fand sich abnorme Beweglichkeit in der Gegend der Symphyse, deren Klaffen auf dem Röntgenbilde deutlich sichtbar war.

Aus der Literatur werden 14 ähnliche Fälle zusammengestellt, und auf Grund dieser 15 Fälle wird ein Bild von der Ätiologie, pathologischen Anatomie, Diagnose, Prognose und Behandlung der seltenen Verletzung entworfen. Störungen der Erwerbsfähigkeit, bedingt durch mangelhafte Funktion der unteren Gliedmaßen und Schmerzen, bleiben leicht zurück. In dem Falle des Verf.s betrug die Erwerbsfähigkeit 40—50%. **M. v. Brunn** (Tübingen).

46) **G. Cotte.** Tuberculose inflammatoire. Sciatique familiale d'origine tuberculeuse.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 103.)

Die beiden Krankengeschichten, die aus der Patel'schen Klinik stammen, sind kurz folgende:



1) Die 68jährige [illegible] at. war in ihrer Jugend »skrofulös«. Vor 10
Pleuritis mit Erguß, s[illegible] eitdem chronische Bronchitis. In der Folgezei
wiederholten Anfällen [illegible] von Ischias im rechten Bein. Endlich bil
Schwellung des linken [illegible] Knies aus, die zunächst als rheumatisch an
bis sich herausstellte, [illegible] daß es sich um Tumor albus handelte. In de
Knietuberkulose akute[illegible] wurde, hörten die Ischiasbeschwerden vö

2) Die 26jährige [illegible] Tochter der vorigen Pat. war ebenfalls
bleichsüchtig, hat ein [illegible] gesundes Kind. Seit 4 Jahren litt sie an
Gelenken und hatte i[illegible] den beiden letzten Jahren drei heftig
rechten Bein. Anfang [illegible] dieses Jahres klagte sie über Schmer
der Arme, besonders d[illegible] er Schultern; einige Zeit darauf hatte s
ordentlich heftiger un[illegible] hartnäckiger Ischias. Das Allgemein
schlimmerte sich weit[illegible] erhin zusehends.

C. hebt als typi[illegible] ch für die »entzündliche Tuberkulos
geschichten hervor d[illegible] Aufeinanderfolge von Gelenkschme
das Ganze in der m[illegible] anifesten Tuberkulose eines Gelenkes
übrigen Erscheinunge[illegible] schwinden. So uralt auch unsere K
peripher-neuritischer [illegible] Störungen im Laufe der Lungentube
wir doch erst der neu[illegible] eren Zeit die Erkenntnis, daß es sic
periphere Vorgänge h[illegible] andelt.

Zum Schluß beto[illegible] nt C., daß das Auftreten der tuberkul
liche Produkte der [illegible] Koch'schen Bazillen hervorgerufenen
gnostisch sehr ernstes [illegible] Ereignis anzusehen ist.

V. E. M[illegible]

47) J. Riedinger. [illegible] Luxatio supracotyloidea und Hypopla
als [illegible] intra-uterine Belastungsdeformität.

(Archiv für Ortho[illegible] pädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd

Ein 7 Jahre alt[illegible] er Knabe leidet an starkem seitlichen Vortre
lichem Hochstande d[illegible] es Trochanter major der rechten Seite. Das r
um $3^1/_2$ cm verkürzt, [illegible], der Trochanter major steht jedoch nur einen
oberhalb der Roser-N[illegible] Nélaton'schen Linie wegen deutlich ausgesproche
stellung des Schenke[illegible] elhalses. Muskulatur des rechten Beines weniger
wickelt als die des lin[illegible] inken. Von den Bewegungen ist nur die Rotation
und am meisten die A[illegible] bduktion behindert. Das Röntgenogramm zeigt nebe
Veränderungen eine [illegible] deutliche Verkleinerung der rechten Beckenhälfte
seinen Dimensionen, [illegible], eine Abflachung der Hüftpfanne und ein Fehlen d
Randes der Pfanne.

Da die Anamnes[illegible] ese bei der Mutter ergab, daß die Schwangerschaft
Geburt keineswegs n[illegible] normal verlaufen waren und gleich nach der Geburt
gung des Kopfes nach [illegible] ch der rechten Seite und ein Zurückbleiben der ganze
Körperhälfte in der [illegible] r Entwicklung beobachtet waren, so nimmt Verf. an,
Fötus im Uterus in e[illegible] einer Zwangslage sich befunden hat, die zur Verbildu
anlassung gegeben ha[illegible] hat. Ist der Rumpf in irgendeiner Weise seitlich gek
wird häufig neben st[illegible] stärkerem Vortreten der Kniegelenke und stärkerem Ans
der Füße gegen die [illegible] ie Uteruswand das Hüftgelenk in eine schiefe Lage
Pflanzt sich dann de[illegible] der Druck längs des Unter- und Oberschenkels fort,
Möglichkeit des Aust[illegible] stretens des Schenkelkopfes auf der abschüssigen Bahn
verhältnismäßig klein[illegible] inen Gelenkpfanne gegeben. Ferner ist die Hypopla
Skeletteile ebenso wi[illegible] vie die Atrophie der Weichteile auf Raumbeengung info
unzweckmäßigen Lag[illegible] age zurückzuführen.

Da derartige Fä[illegible] Fälle von Hypoplasie einer Beckenhälfte wenig bekan
(Schede, Grawitz [illegible] z, Holtzmann), so trägt dieser Fall zur Erklärung
Hypoplasie des Skele[illegible] letts als intra-uterine Belastungsdeformität nicht wenig

Hartmann (Kasse[illegible]

48) **F. Hesse.** Über Schenkelhalsbrüche im jugendlichen Alter.

(Ziegler's Beiträge 1905. Festschrift für Jul. Arnold.)

H. vermehrt die Kasuistik der Schenkelhalsbrüche im jugendlichen Alter, d. h. im Alter von 1—18 Jahren, um fünf weitere Fälle, die innerhalb der letzten 2 Jahre in der Würzburger chirurgischen Universitätsklinik des Juliusspitals zur Beobachtung kamen. In vier von diesen Fällen, deren Röntgenbilder wiedergegeben werden, handelte es sich nur um relativ geringfügige Traumen, in einem fünften Falle ließ sich ein Trauma mit Sicherheit überhaupt nicht mehr nachweisen; die Pat. kamen durchweg mit dem Symptomenbilde der traumatischen Coxa vara zur Aufnahme. Wegen der Geringfügigkeit der ursächlichen Verletzung, aber auch wegen gewisser klinischer Wahrnehmungen (Kleinheit der Figur) spricht H. die Vermutung aus daß eine für die Fraktur prädisponierende lokale oder allgemeine Schädigung des Organismus existieren müsse, deren Wesen noch unbekannt sei (v. Recklinghausen's Osteomalakie, Ref.). Auffallend war im allgemeinen die geringe Funktionsstörung nach dem Trauma. Die objektiven Veränderungen bestanden meist in einer Verkürzung des verletzten Beines mit entsprechendem Trochanterhochstand, mit Behinderung der Abduktion und Innenrotation; in einem Falle bildete sich eine posttraumatische deformierende Arthritis aus. Der Sitz der Fraktur bzw. der Infraktion erstreckte sich auf sämtliche Teile des Schenkelhalses, eine Bevorzugung der Epiphysengegend ließ sich nicht nachweisen. In einigen Fällen blieb eine hartnäckige Atrophie der Hüft- und Oberschenkelmuskulatur bestehen; in zwei Fällen kam es zu einer erheblichen Wachstumshemmung des Fußes der verletzten Seite und in einem Falle zu einer vorzeitigen Verknöcherung der Epiphysenlinie des Trochanters. Bezüglich der Therapie befürwortet H. ein möglichst konservatives Verhalten (hohe Sohle). Den Schluß der Arbeit bildet eine tabellarische Übersicht über 46 Schenkelhalsbrüche jugendlicher Individuen aus der Literatur, deren Diagnose durch Röntgenphotographie oder durch Operation sichergestellt worden war. H. ist der Ansicht, daß man bei einer kritischen Sichtung der Coxa vara-Literatur noch auf weit mehr Schenkelhalsbrüche stoßen würde.

Deutschländer (Hamburg).

49) **Negroni.** Dell' osteoarthrite deformante giovanile dell' anca.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 3.)

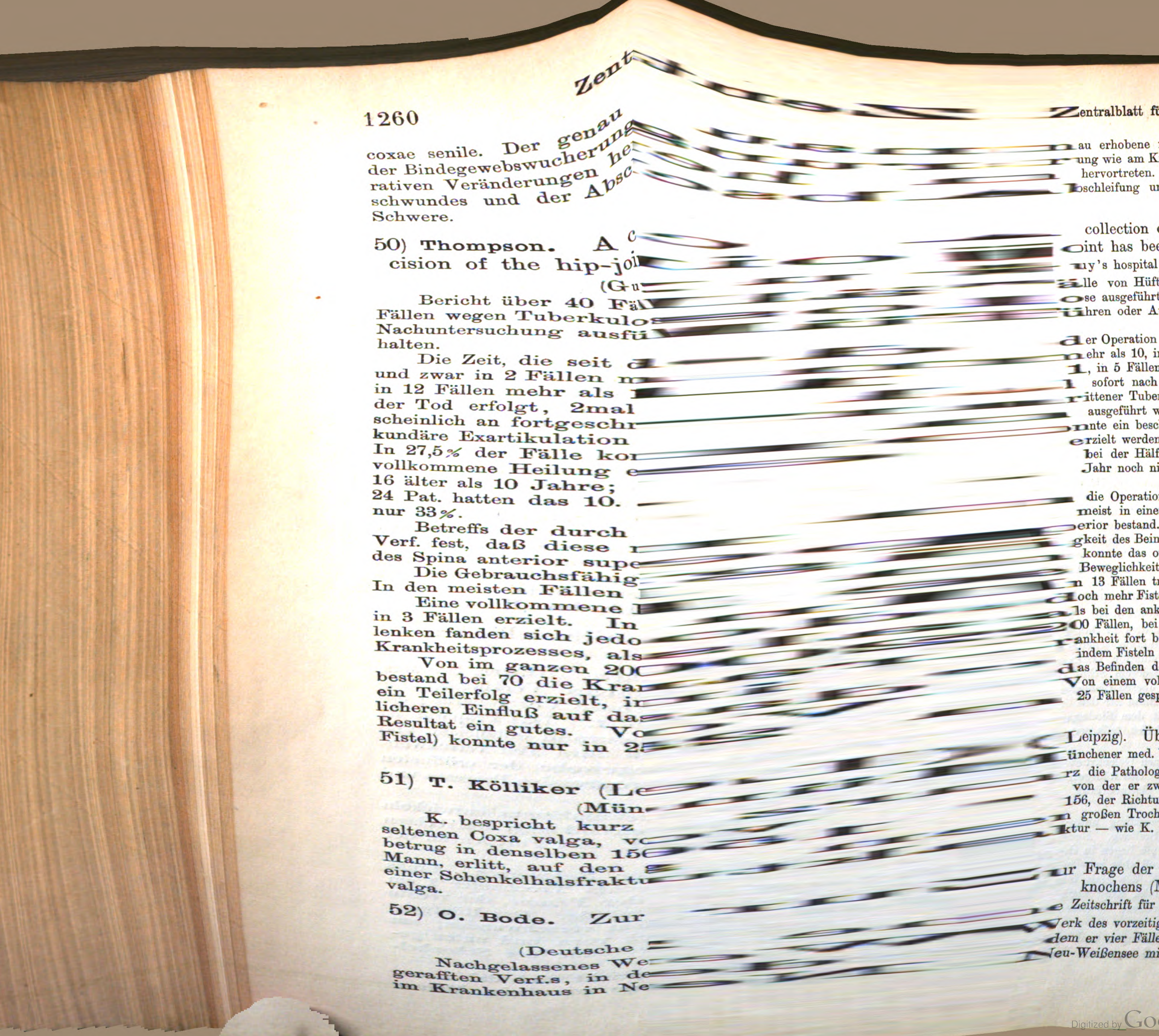
1) 21jähriger Bauer mit Beschwerden seit dem 17. Jahre. Hinken, Schmerz, Beweglichkeitsstörung der rechten Hüfte, Adduktion, scheinbare Verkürzung, Beschränkung hauptsächlich der Rotation und Abduktion, tastbare Vergrößerung des Kopfes. Resektion des Schenkelkopfes von vorderem Schnitt. Das Präparat ist durch eine Reihe von Furchen, deren eine dem oberen Pfannenrand entspricht, und Graben traubig. Bindegewebe überzieht vom Halse her den zum Teil verschwundenen Knorpel und steht in Verbindung mit dem Bindegewebe der eröffneten spongiösen Substanz. Am Knochen teils Abschleifen, teils progressive Prozesse und Verdichtung des Knochens.

2) 9jähriger Knabe. Im Anschluß an einen Gelenkrheumatismus entwickeln sich Abduktions- und Flexionskontraktur rechts. Das Röntgenbild zeigt den rechten Schenkelkopf unregelmäßig, die Epiphyse wie plattgedrückt, mit Furchen an der freien Oberfläche.

3) 13jähriges Mädchen. Langsame Entwicklung unter Schmerzen. Links Verkürzung, Abduktion; rechts indifferente Stellung. Rechts Trochanter 1 cm oberhalb Roser-Nélaton'scher Linie. Beide Köpfe liegen in der Pfanne, der rechte ist vergrößert und unregelmäßig, der linke groß aber regelmäßig. Das Röntgenbild zeigt rechts den Kopf stark abgeplattet, den Hals fast verschwunden; am Trochanter Knochenatrophie. Links Hals intakt, Kopf nach vorn und unten gedrängt, pilzförmig; oberer Pfannenrand vergrößert. — Osteotomie des Schenkelhalses links und Gipsverbände.

Verf. bespricht die Natur dieser Veränderungen und spricht sich dahin aus, daß diesen juvenilen Formen derselbe Prozeß zugrunde liege wie beim Malum





coxae senile. Der genau erhobene mikroskopische Befund läßt dabei [illegible] der Bindegewebswucherung [illegible] ung wie am Knochen besonders die progressiven u[illegible] rativen Veränderungen he[illegible] hervortreten. Die Deformation ist erst Folge des schwundes und der Abschleifung unter dem Einfluß der Bewegungen [illegible] Schwere.

E. Pagenstecher (Wiesb[illegible]

50) Thompson. A collection of cases in which the operation of excision of the hip-joint has been performed for disease of th[illegible]

(Guy's hospital reports Vol. LIX. 1905.)

Bericht über 40 Fälle von Hüftgelenksresektion, die in allen auße[illegible] Fällen wegen Tuberkulose ausgeführt worden war. In 37 Fällen konnte Nachuntersuchung ausführen oder Auskunft über das Schicksal der Ope[illegible] halten.

Die Zeit, die seit der Operation verflossen war, betrug 6 Monate bis [illegible] und zwar in 2 Fällen mehr als 10, in 14 Fällen mehr als 5, in 4 Fällen [illegible] in 12 Fällen mehr als 1, in 5 Fällen weniger als 1 Jahr. In 6 Fällen [illegible] der Tod erfolgt, 2mal [illegible] sofort nach der Operation, 2mal sicher und 2 [illegible] scheinlich an fortgeschrittener Tuberkulose. In 8 weiteren Fällen muß[illegible] kundäre Exartikulation [illegible] ausgeführt werden. Demnach in 35% der Fälle [illegible] In 27,5% der Fälle konnte ein beschränkter Erfolg (Fisteln!), in 15 Fäll[illegible] vollkommene Heilung erzielt werden. Was das Alter der Pat. anlangt, [illegible] 16 älter als 10 Jahre; [illegible] bei der Hälfte derselben wurde ein gutes Resul[illegible] 24 Pat. hatten das 10. Jahr noch nicht erreicht. Hier betrug der Hei[illegible] nur 33%.

Betreffs der durch die Operation gesetzten Deformität des Hüftgele[illegible] Verf. fest, daß diese meist in einer Verschiebung des Trochanters bis [illegible] des Spina anterior superior bestand.

Die Gebrauchsfähigkeit des Beines war in allen Fällen bis auf einen [illegible] In den meisten Fällen [illegible] konnte das operierte Bein das Körpergewicht all[illegible]

Eine vollkommene [illegible] Beweglichkeit des Gelenkes wurde in 7 und eine b[illegible] in 3 Fällen erzielt. In 13 Fällen trat eine Ankylose ein. Bei den m[illegible] lenken fanden sich jedoch mehr Fisteln als Zeichen des noch nicht ganz e[illegible] Krankheitsprozesses, als bei den ankylotischen.

Von im ganzen 200 Fällen, bei denen die Resektion ausgeführt w[illegible] bestand bei 70 die Krankheit fort bzw. trat der Tod ein (30). Bei 55 Fä[illegible] ein Teilerfolg erzielt, indem Fisteln zurückblieben (die jedoch vielfach o[illegible] licheren Einfluß auf das Befinden der Operierten waren). In 75 Fälle[illegible] Resultat ein gutes. Von einem vollkommenen Erfolg (freie Beweglich[illegible] Fistel) konnte nur in 25 Fällen gesprochen werden.

Engelmann (Dort[illegible]

51) T. Kölliker (Leipzig). Über Coxa valga.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 36.)

K. bespricht kurz die Pathologie, klinischen Symptome und Behan[illegible] seltenen Coxa valga, von der er zwei Fälle beobachtet hat. Der Neig[illegible] betrug in denselben 156, der Richtungswinkel 68°. Der eine Pat., ein [illegible] Mann, erlitt, auf den großen Trochanter stürzend, einen Bruch desselb[illegible] einer Schenkelhalsfraktur — wie K. wohl mit Recht annimmt, infolge s[illegible] valga.

Kramer (Gl[illegible]

52) O. Bode. Zur Frage der Kontusionsexostosen des Obers[illegible]knochens (Myositis ossificans).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 546.)

Nachgelassenes Werk des vorzeitig im vorigen Jahre durch eine Infek[illegible] gerafften Verf.s, in dem er vier Fälle aus seiner Tätigkeit in Unfallstati[illegible] im Krankenhaus in Neu-Weißensee mitteilt und bespricht. Bei allen Pat[illegible]

es sich um eine abnorme Knochenproduktion am Femur, die nach schwerer Kontusion (Hufschlag, Auffallen schwerer Last usw.) sich gebildet hatte und schwere Funktionsbehinderung des Beines verursachte. Die Kranken wurden durch Operation von ihrer Knochenwucherung befreit, wobei der regelmäßige Befund zu machen war, daß die Knochenneubildung von einem sehr derben, teilweise schlecht abziehbaren und Muskelfasern zur Insertion dienenden, übrigens normalen Periost bekleidet waren. Reste alter Blutergüsse in der Umgebung oder auch im Innern der Knochenneubildung sind notiert, die meist mittels einer stielartigen Spange am Oberschenkel wurzelte. Die Pat. wurden gut hergestellt, mußten aber bis auf einen Invalidenrenten von 20—25% erhalten. Auf Grund der Operationsbefunde ist anzunehmen, daß in diesen Fällen die Knochenproduktion vom Periost ausgegangen ist. Man kann vermuten, daß durch das Trauma das Periost vom Knochen partiell abgerissen war, und daß von diesem abgerissenen Periostteile die Knochenneubildung ausging. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

53) **C. M. Moullin.** 40 consecutive cases of fracture of the patella treated by wiring.

(Lancet 1905. September 23.)

Verf. empfiehlt energisch das Nähen der gebrochenen Kniescheibe mit Silberdraht am 3. oder 4. Tage nach der Verletzung. Das Gelenk wird mit Kornzange und Pinzette von den Blutcoagulis befreit, ohne Anwendung von Desinfizientien. Ein völlig fixierender Verband wird nicht angelegt und Bewegungen mit Massage so bald als möglich vorgenommen. Nach 3 Wochen steht der Kranke auf.

Verf.s ausgezeichnete Resultate bestätigen die ja heutzutage wohl von den meisten Chirurgen und Orthopäden angenommene Therapie des Kniescheibenbruches. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

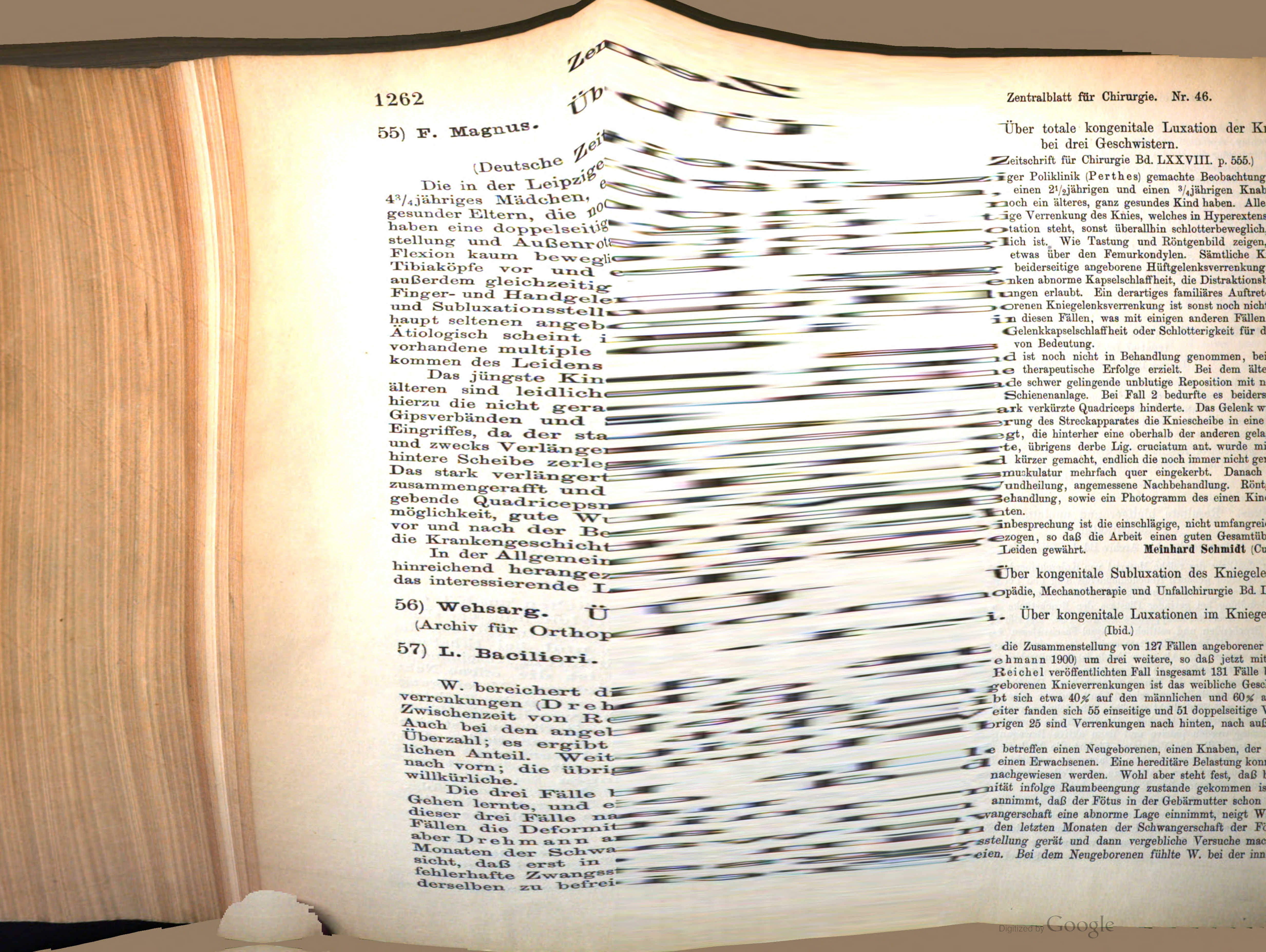
54) **Oehlecker.** Resultate blutiger und unblutiger Behandlung von Patellarfrakturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVII. Hft. 3.)

Verf. veröffentlicht das reiche Material von Kniescheibenbrüchen aus Körte's Abteilung. Aus einer genauen Nebeneinanderstellung und Vergleichung der sämtlichen verschiedenartigen Behandlungsmethoden kommt er zu der Ansicht, daß die unblutige Behandlung bei geringer Diastase der Bruchstücke und bei Erhaltung des ligamentösen Reservestreckapparates anzuraten ist. Bei stärkerem Auseinanderweichen der Bruchenden und seitlichen Kapsel-Fascienrissen ist die offene Naht das Verfahren, das die besten Resultate erzielt, da es eine knöcherne Vereinigung der Bruchstücke garantiert. Als guter Erfolg ist es anzusehen, wenn der Verletzte wie ein Gesunder treppauf und -ab steigen kann. Bei der Naht werden die Hände des Operateurs streng von der Wunde ferngehalten. Die Schnittführung ist eine bogenförmig die Kniescheibe umkreisende mit unterer oder oberer Basis. Die Fragmente werden mit Silberdraht vernäht. Ein Schaden von diesem nicht resorbierbaren Material wurde nie gesehen. Die Weichteile wurden mit Jodcatgut vereinigt. Frühzeitig werden passive und dann aktive Bewegungen im Knie vorgenommen. Guter Wille des Verletzten fördert die Heilung bezw. den Erfolg. Bei Rentenjägern wurden unangenehme Erfahrungen gemacht. Mit gutem Resultat aus der Behandlung entlassen, hatten sie zum Teil später eine angebliche Verschlechterung des früher erzielten Erfolges zu beklagen.

Neben den frischen Kniescheibenbrüchen hat O. auch fünf Fälle von Refrakturen und veralteten Brüchen zusammengestellt. Bei diesen ist das Resultat schon eher in Frage gestellt, zumal die Infektionsgefahr für den Eingriff infolge des atrophischen Gewebes und der längeren Operationsdauer eine höhere ist als in den frischen Fällen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).





55) F. Magnus. Über totale kongenitale Luxation der Kn… bei drei Geschwistern.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 555.)

Die in der Leipziger Poliklinik (Perthes) gemachte Beobachtung … 4¾jähriges Mädchen, … einen 2½jährigen und einen ¾jährigen Knab… gesunder Eltern, die noch ein älteres, ganz gesundes Kind haben. Alle… haben eine doppelseitige Verrenkung des Knies, welches in Hyperextens… stellung und Außenrotation steht, sonst überallhin schlotterbeweglich, … Flexion kaum beweglich ist. Wie Tastung und Röntgenbild zeigen, … Tibiaköpfe vor und … etwas über den Femurkondylen. Sämtliche K… außerdem gleichzeitig … beiderseitige angeborene Hüftgelenksverrenkung … Finger- und Handgele… nken abnorme Kapselschlaffheit, die Distraktions… und Subluxationsstell… ungen erlaubt. Ein derartiges familiäres Auftret… haupt seltenen angeb[orenen] Kniegelenksverrenkung ist sonst noch nicht… Ätiologisch scheint i[n] diesen Fällen, was mit einigen anderen Fällen… vorhandene multiple … Gelenkkapselschlaffheit oder Schlotterigkeit für d… kommen des Leidens … von Bedeutung.

Das jüngste Kin[d] ist noch nicht in Behandlung genommen, bei… älteren sind leidlich[e] therapeutische Erfolge erzielt. Bei dem älte… hierzu die nicht gera[de] schwer gelingende unblutige Reposition mit n… Gipsverbänden und … Schienenanlage. Bei Fall 2 bedurfte es beiders… Eingriffes, da der sta[rk] verkürzte Quadriceps hinderte. Das Gelenk w… und zwecks Verlänge[rung des] Streckapparates die Kniescheibe in eine … hintere Scheibe zerle[gt], die hinterher eine oberhalb der anderen gela… Das stark verlängert[e], übrigens derbe Lig. cruciatum ant. wurde mi… zusammengerafft und … kürzer gemacht, endlich die noch immer nicht ge… gebende Quadricepsm[uskulatur] mehrfach quer eingekerbt. Danach … möglichkeit, gute W[und]heilung, angemessene Nachbehandlung. Rönt… vor und nach der Be[handlung], sowie ein Photogramm des einen Kin… die Krankengeschicht[en].

In der Allgemein[besprechung] ist die einschlägige, nicht umfangrei… hinreichend herangez[ogen], so daß die Arbeit einen guten Gesamtüb… das interessierende L[eiden] gewährt. **Meinhard Schmidt** (Cu…

56) Wehsarg. Über kongenitale Subluxation des Kniegele…

(Archiv für Orthop[ädie], Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I…

57) L. Bacilieri. … Über kongenitale Luxationen im Kniege…

(Ibid.)

W. bereichert d[ie] Zusammenstellung von 127 Fällen angeborener … verrenkungen (Dreh[mann] 1900) um drei weitere, so daß jetzt mit… Zwischenzeit von R[eichel] veröffentlichten Fall insgesamt 131 Fälle … Auch bei den angel[borenen] Knieverrenkungen ist das weibliche Gesch… Überzahl; es ergibt sich etwa 40% auf den männlichen und 60% a… lichen Anteil. Weit[er] fanden sich 55 einseitige und 51 doppelseitige V… nach vorn; die übri[gen] 25 sind Verrenkungen nach hinten, nach auß… willkürliche.

Die drei Fälle b[etreffen] einen Neugeborenen, einen Knaben, der … Gehen lernte, und e[inen] Erwachsenen. Eine hereditäre Belastung kon… dieser drei Fälle na[chgewiesen] werden. Wohl aber steht fest, daß b… Fällen die Deformit[ät] infolge Raumbeengung zustande gekommen is… aber Drehmann a[nnimmt], daß der Fötus in der Gebärmutter schon … Monaten der Schwa[ngerschaft] eine abnorme Lage einnimmt, neigt W… sicht, daß erst in den letzten Monaten der Schwangerschaft der Fö… fehlerhafte Zwangss[tellung] gerät und dann vergebliche Versuche mac… derselben zu befrei[en]. Bei dem Neugeborenen fühlte W. bei der inn…

suchung, daß der betreffende Schenkel von den sich kreuzenden Armen festgehalten wird. Weiter lassen auch die Angaben der Mutter über heftige Kindsbewegungen vermuten, daß die überstreckte Stellung der Unterschenkel 8 Wochen vor der Geburt vor sich ging, und das Kind vergebens versuchte, diese Zwangsstellung zu korrigieren. — Bei dem 4jährigen Knaben läßt das Vorhandensein der Kniekehlenfalten ebenfalls mit Sicherheit annehmen, daß die Stellung nicht in, sondern nach der ersten Hälfte der Schwangerschaft eingenommen wurde. Das Auftreten dieser ätiologischen Momente erst in der zweiten Hälfte des fötalen Lebens spricht somit unzweifelhaft für die mechanische Entstehung der Deformität, eine Annahme, die unterstützt wird durch weitere Beobachtung, daß sämtliche Komplikationen (Klumpfüße, Hüftverrenkungen) ebenfalls ihre Erklärung auf mechanischer Basis, aber nicht auf fehlerhafter Keimanlage finden.

B. veröffentlicht unabhängig von W. drei weitere Fälle von angeborener Knieverrenkung aus der Kocher'schen Klinik. Da aber verschiedene Fälle aus der ausländischen Literatur herangezogen werden, ändert sich die Statistik insofern, daß im ganzen 137 Fälle publiziert sind.

Die Fälle betreffen ein 7jähriges Mädchen mit doppelseitiger Knieverrenkung, bei dem die Mutter ebenfalls in den letzten Woche der Schwangerschaft heftige Kindsbewegungen verspürt hatte, einen 2¹/₄jährigen Jungen, bei dem das rechte Bein noch zur Zeit der Untersuchung so auf den Oberkörper gelegt werden kann, daß bei überstrecktem Kniegelenke die Innenfläche der Tibia in ganzer Länge das Brustbein berührt und die Planta pedis von dem Kinn festgehalten wird (vgl. die Abbildung im Original), und einen 27 Jahre alten Mann, der neben einer Mißbildung des Skeletts und totaler Verrenkung der Tibia nach vorn noch von einer doppelseitigen Verrenkung im Hüftgelenke nach hinten und des Radiusköpfchens nach vorn befallen war. Während B. nun in den ersten beiden Fällen als ätiologisches Moment für die Knieverrenkung wie W. eine mechanische Ursache annimmt, versucht er im letzten Falle, die Deformität durch eine primäre fötale Erkrankung der Gelenke, die als Folge von Ernährungsstörungen zu einer Erschlaffung der Gelenkapparate führte, zu erklären.

Therapeutisch hat Kocher im zweiten Falle die Arthrodese mit sehr gutem Erfolg ausgeführt und im ersten Fall eine direkte Verkürzung der Kapsel, die an dem rechten Bein ein funktionelles normales Gelenk geschafft hat.

Hartmann (Kassel).

58) **P. Couteaud.** Polype tuberculeux intra-synovial du genou. Ablation. Guérison.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 84.)

Der 22jährige Pat. hatte vor 7 Jahren infolge eines Sturzes auf das rechte Knie ein sehr langes Krankenlager durchgemacht, war aber sonst immer gesund. Er kam ins Hospital wegen eines beträchtlichen Hydrarthros des rechten Knies, an dessen Außenseite ein intraartikulärer, beweglicher, aber fixierter »Fremdkörper« von unbestimmbarer Form und Konsistenz zu fühlen war. Der Zustand hatte sich in 6 Monaten herausgebildet, ohne daß Pat., abgesehen von geringen Schmerzen, belästigt wurde. Er war im übrigen ganz gesund.

Operation: der Außenseite des Condylus ext. saß eine polypöse, festhaftende Masse (7,3×4×2,2 cm groß) von ungleicher Konsistenz auf; sie war durch eine 4 cm lange Falte mit den hinteren Synovialpartien verbunden.

Die bakteriologische und histologische Untersuchung ergab, daß es sich um Tuberkulose gehandelt hatte. **V. E. Mertens** (Breslau).

59) **K. Gaugele.** Über entzündliche Fettgeschwülste am Knie- und Fußgelenke. (Aus Sanitätsrat Dr. Köhler's Privatklinik in Zwickau.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

G. berichtet über vier Fälle von entzündlicher Fettgeschwulst am Kniegelenk, in deren einem, beide Gelenke betreffenden, ein Trauma nicht vorangegangen war.



während in den drei üb
wortlich gemacht werde
Geschwülste von allen Be
davon, nachdem die Be
längere Zeit hatte unter
von G. (wie vorher sch
ähnliche entzündliche
einigen Fällen beobach
meist solche mit Platt
des äußeren Knöchels
schmerzen hatten; sie
bis walnußgroßen Ge

übrigen ein solches leichter Art für die Ent
rden konnte. Drei der Pat. wurden durch B
n Beschwerden befreit, der vierte trug ein fas
Behandlung nach der Operation infolge schwer
terbrochen werden müssen. Auch an den Fußg
chon von Luxembourger, s. ds. Blatt 1904
e Wucherungsprozesse im Fettgewebe der G
chtet, in zwei mit Erfolg operiert. Es waren
ttfuß und Plattfußbeschwerden, die sich beso
s geltend machten und den Charakter von
schwanden in jenen zwei Fällen nach Exstirp
eschwülste. **Krame**

60) **O. Seitz.** Ei... n Fall von Myxoosteochondrosarkom d

(Deutsch... e Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVIII. p. 6

Rein anatomisch
geschwulst eines 17jä
selbe an Entkräftung

-histologische Arbeit, bei der es sich um
hrigen Jünglings handelt. Nach Exarticulatio
g. **Meinhard Schmidt**

61) **B. Fischer.** Über ein Embryom der Wade. (Aus
gischen Institut zu Bonn.)

(M... ünchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

Es handelte sich
merkte, in der Wa
Metastase, sondern
war und schließlich
nach dem Tode des M
die myxomatösen Ge
durchzogen waren un
Muskelbündel eindra
unterhalb der Kniek
Schleimhaut ausgekl
Kanälen durchsetzt;
knöcherte Herde (s.
friedigende Erklärung
Bonnet'schen Blast
lagerten Furchungsku

h um eine von dem 57jährigen Mann erst se
adenmuskulatur entwickelte Geschwulst, die n
embryonalen Ursprunges, aber erst seit 6 Ja
den Charakter eines Myxosarkoms angenommen
Mannes an Miliartuberkulose gemachten Sektion
eschwulstmassen in der Tiefe von festeren weißg
und überall in die Interstitien der Muskulatur un
angen. Die Hauptmasse lag an der Hinters
kehle, und war von zahllosen Cysten, die mit e
leidet war, und schleimgefüllten Darmschleim
; außerdem zeigten sie zahlreiche knorpelige, ver
im Original die mikroskopischen Befunde). F.
ng für die Entstehung der Geschwulst allein in de
stomerentheorie, nimmt also an, daß die Gesch
kugeln, Blastomeren, abzuleiten sei. **Krame**

62) **Blencke.** Über Lähmungen im Gebiete der Untersc
bei Rübenarbeitern.

(Zen... tralblatt f. physikal. Therapie Bd. I. Hft. 12.)

B. macht auf ei
sich in einer Lähm
Muskulatur äußert.
Rübenarbeit lange Z
muß, rein mechanis
treffenden Nerven er
von denen zwei nach
dung von Massage u

eine Beschäftigungsparese bei Rübenarbeitern a
hmung der vom Peroneus bzw. auch vom Tib
t. Die Entstehungsweise dieser Parese läßt sic
e Zeit hindurch eine hockende Stellung eingen
nisch durch den Druck der kontrahierten Muske
erklären. B. hat drei solcher Beschäftigungspare
ach 14 Tagen, der dritte aber erst nach 8 Wochen
e und Elektrizität zur Ausheilung gelangte.
Deutschländer (

Originalmitte... teilungen, Monographien und Sonderdruc
an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an
handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und V... erlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 3

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 47. **Sonnabend, den 25. November.** **1905.**

Zur Behandlung des Duodenalstumpfes bei der Resektionsmethode Billroth II.

Von

Dr. **Conrad Brunner** in Münsterlingen.

Die Resektionsmethode Billroth II findet als diejenige Methode, die beim Magenkarzinom am radikalsten vorzugehen erlaubt, immer mehr Anhänger; sie hat aber ihre Nachteile und besonders eine technische »partie honteuse«, auf welche ich, gestützt auf eigene und andere Erfahrungen, hier speziell aufmerksam machen möchte:

Wenn man am Duodenum aus dem Grunde, weil das Karzinom, wie sicher erwiesen ist — vergleiche die histologischen Untersuchungen Borrmann's[1] — keineswegs immer am Pylorus scharf sich abgrenzt, möglichst weit im gesunden resezieren will und nahe am Pankreas abschneidet, so bekommt man nicht immer Material genug, um den

[1] Borrmann, Das Wachstum und die Verbreitungswege des Magenkarzinoms. Jena 1901. Siehe speziell p. 334: »Auch an der duodenalen Absatzstelle ist 9mal im kranken operiert, das sind 14% von sämtlichen 63 Fällen«.

Stumpf sicher zu s
übernähen. Bei me
operiert —, wo das s
versenkt wurde, en
kapselte Abszesse m
Dies bestimmte mic
senen Duodenal
oberen Wundwinke
neum parietale zu
einzigen Falles,
auf, es entwickelte
fluß, die z. T. ba
hartnäckig persist
Bei alledem ab
ausgeführten h
Peritonitis ver
dieser an Pneu
Diese Beobac
ratur niedergelegt
anderen Chirurgen
davon hier etwas
Zwecke die ausgez
ihrem gewaltigen M
schaft abgelegt wi

Jahresberich
bindung des Duoden
zum 5. Tage ungestö
getrieben. Partielle
stumpfe.« Tampon
Wunde. 6. Juli (?) T
mose geheilt. Blut
wunde fast geheilt.
stumpfe.« Keine I

Jahresberich
denalstumpfes, da das
starke Verwachsunge
Blutung mehrere U
Gastroenterostomie n
sich ein Abszeß,
heilte aus.

Jahresberich
der Pars pylorica.
anfangs günstig, am
Wiedereröffnung der
nade. Tod am 7. Ta
zienz mit Austrit

---

schließen, d. h. nach genügender Ei
meinen ersten beiden Fällen — der erste
so exakt als nur möglich geschlossene I
entstanden nach Verlauf von 5 und 6
mit galligem Inhalte, welche die Heilun
ich, bei allen folgenden Fällen de
lstumpf extraperitoneal zu lage
el der Bauchdecken mit dem mobil gema
umsäumen. Es traten nun, mit Au
wo alles glatt ging, in der Bauchwun
en sich nach 5, 6, 7 Tagen Fisteln mit g
ld sich schlossen, bei anderen Fällen
erten und zu lästigen Fadeneiterungen
er habe ich von den zehn nach
öchst ausgedehnten Resektionen k
loren, es starb überhaupt nur ei
monie.
htungen haben mich nun veranlaßt, die
te Kasuistik der nach dieser Resektions
n operierten Kranken etwas genauer au
zu referieren. In erster Linie studierte
zeichneten Jahresberichte aus Czerny's
Material, wo lückenlos über alle Geschehn
wird; da fand ich in den letzten Jahrgänge

ht 1900, p. 115, Nr. 1457. Resektion des Pyloru
nums und Versenkung des Stumpfes durch Üb
törter Verlauf. Am 6. Tage leichter Kollaps,
Eröffnung der Wunde. »Etwas Sekret am
nade. Am 27. Juli Darmblutung. Geringe Eit
Tod im Kollaps. Sektion: Der Knopf lag im M
im Magen und Dünndarm. Quelle nicht gefu
»Kleiner abgekapselter Abszeß am
Peritonitis.

ht 1901, Nr. 2413. Schwierig war die Versorg
as Karzinom hier besonders weit gereicht hatte.
gen am Pankreaskopfe gelöst werden, wobei d
Umstechungen erforderte. Dreireihige Magenn
nach Hacker-Murphy. »Nach 8 Tagen
3, wohl vom Duodenalstumpf ausgehend

cht 1903, Nr. 951. Erst Gastroenterostomie, da
Übernähung des Duodenalstumpfes sehr schwi
n 4. Tage Ikterus, am 5. septische Symptome mit
er Bauchhöhle entleert sich schmierig-galliges Sek
Tage post op. »Peritonitis diffusa infolge N
itt von Darminhalt am Duodenalstumpf.«

---

[2] Vgl. Meine c ... chirurgischen Erfahrungen auf dem Gebiete des
noms in den Jahren ... en 1896—1900. Korrespondenzblatt für Schweizer
Nr. 3 u. ff.

Ebenda, Nr. 1126. Nach Gastroenterostomie Resektion. Durchtrennung des Duodenums nach Anlegung der Darmquetsche. Einstülpung und Übernähung. Ausgiebige Tamponade. »Vom 4. Tage ab Entleerung zunächst galligen, dann klaren (vom Pankreasstumpf stammenden) Sekretes; in der 4. Woche Versiegen der Sekretion.« Wundheilung per granulationem.

Ebenda, Nr. 1389. Gastroenterostomie und Resektion. Am Duodenum Abquetschung. Seidenligatur. Einstülpung des Stumpfes. Tamponade gegen das Pankreas: »Am 9. Tage post op. Tod infolge Insuffizienz der Magen- wie der Duodenalnaht.«

Jahresbericht 1904, p. 113, Nr. 178. Resektion. Gastroenterostomia retrocolica mit Murphyknopf. »Heilung nach vorübergehender Duodenalfistel.«

Nr. 311. Resektion, Gastroenterostomia post. mit Knopf. »Tamponade des Duodenalstumpfes. Vom 3. Tage ab besteht eine Duodenalfistel, die später in zweiter Operation durch Übernähung mit Netz und Leberkapsel geschlossen wird. Sie bildet sich später von neuem. Mit kleiner, punktförmiger Fistel nach Hause entlassen.«

Nr. 2031. Resektion nach Billroth II. »Gestorben am 9. Tage post operat. an Sepsis. Lokale Peritonitis infolge Dehiszenz des Duodenalstumpfes.

Diese Belege genügen schon, um die Richtigkeit des Gesagten zu bestätigen, d. h. die vom vernähten Duodenalstumpfe drohende Gefahr der sekundären Infektion zu illustrieren. Der Einblick in die Erlebnisse anderer Chirurgen liefert weitere Beweise:

Körte[3] hat nach Billroth II bis 1904 23 Fälle operiert; davon starben 12 an der Operation. Fall 20 † 3 Wochen (!) nach der Operation. Sektion: Magenstumpf und Gastroenterostomie glatt geheilt. »Am duodenalen Stumpf eine feine Fistelöffnung, die in einen abgekapselten, rechtsseitigen, subphrenischen Abszeß führt. Peritoneum frei.« — Nordmann, der Körte's Erfahrungen zusammenstellt, sagt (p. 35): Vergleicht man die Ergebnisse der beiden Operationsmethoden, so ergibt sich, daß die direkte Mortalität nach der Resektion bei der ersten Billroth'schen Methode geringer ist. »Es ist bemerkenswert, daß die nach der Operation aufgetretenen Komplikationen — vier subphrenische Abszesse und zweimaliger Symptomenkomplex des Regurgitierens von Darminhalt in den Magen — sämtlich im Anschluß an die zweite Billroth'sche Methode auftraten.« Aus allem gehe hervor, daß bei der ersten Billroth'schen Methode die direkten Gefahren geringer sind. Auf der anderen Seite schien man bei der zweiten Methode mehr Aussicht zu haben, die Geschwulst radikal entfernen zu können. Zu berücksichtigen sei ferner, daß die Resektion mit folgender Gastroenterostomie immer bei den ausgedehnteren und schwieriger zu operierenden Fällen angewendet worden sei.

Garrè[4] hat bis 1903 14mal nach Billroth II operiert mit drei Operationstodesfällen. Zwei Fälle an Peritonitis. Fall 5. »Am 4. Tage Exitus. Es findet sich eine diffuse, eitrige Peritonitis infolge Undichtigkeit der Duodenalnaht.«

Krönlein hat nach Schönholzer's Arbeit[5] bis März 1902 14 Fälle nach Billroth II operiert mit drei Todesfällen (Nr. 38, 40, 47) [p. 135 sind irrtümlich nur zwei angegeben]. Vom 1. März bis 31. Dezember 1902 (s. Anhang) wurden weitere vier Resektionen mit einem Todesfalle ausgeführt. An den vier Todesfällen au

---

[3] Nordmann, Zur Chirurgie der Magengeschwülste. Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXIII. Hft. 2.

[4] Stich, Beiträge zur Magenchirurgie. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LX. Hft. 2. 1903.

[5] Die Chirurgie des Magenkrebses. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 1.

18 Resektionen ist 3m [illegible] 3mal Peritonitis schuld. Fall 38: »Akute Perito
5. Tage nach dem Eing [illegible] ngriffe durch Perforation an der Nahtstelle des D
stumpfes.« P. 124 sag [illegible] agt Schönholzer über diesen Fall: die erste B
sche Methode sei hier [illegible] r ganz unmöglich gewesen, da man sich gezwungen
ziemlich langes Stück [illegible] ck des infiltrierten Duodenums mit zu exstirpiere
Vernähung des Duoden [illegible] enumstumpfes mußte so tief in der Bauchhöhle vorg
werden, daß die gewöh [illegible] öhnliche Okklusionsnaht modifiziert werden mußte, i
das Duodenum wie ein [illegible] inen Bruchsack unterband, dann Knopfnähte durch
Wanddicke applizierte [illegible] e und schließlich den Stumpf in das Duodenallum
eine fortlaufende sero [illegible] -seröse Naht invaginierte.«

Man sieht, al [illegible] len diesen erfahrenen und geübten Operateure
Resultate zu den b [illegible] besten zählen, begegneten verhängnißvollen S
keiten bei Versorg [illegible] gung des Duodenumstumpfes, jeder von ihnen
einer beschrän [illegible] kten Zahl von Resektionen einen Tod
Peritonitis infolg [illegible] e Perforation an dieser fatalen Ecke zu b
Und wie viele sol [illegible] cher noch nicht publizierter letaler Perforatio
es wohl?

Wird der s [illegible] so sicher als möglich vernähte Stumpf,
ich es durchg [illegible] eführt habe, extraperitoneal eingen
wird eine schön [illegible] ne Zahl von Todesfällen ausgeschaltet w
weil dadurch d [illegible] die von hier ausgehende Peritonitis ver
wird. Hält die [illegible] Naht, um so besser. Kommt es zu Perfor
ist allerdings die [illegible] dadurch entstehende Komplikation lästig gen
nicht letal. Ist [illegible] das Duodenalende nicht gut vorziehbar, so m
ich sagte, das P [illegible] Peritoneum parietale durch Ablösung mobil
werden. Auf de [illegible] en eingenähten Stumpf lege ich einen Jodofo
Vioformgazetampon.

Vielleicht ist [illegible] st der von mir gemachte Vorschlag schon von
Händen praktizie [illegible] ert worden, jedenfalls scheint er der Prüfung
hier kurz behande [illegible] delte Thema der Diskussion wert. Verbesserun
technische Sicherh [illegible] eit ist an diesem Punkte notwendig. Alles
noch ganz bedeute [illegible] tende Mortalität[6] der Magenresektion herabsetz
muß willkommen [illegible] sein.

Bei Versorg [illegible] rgung der Magenwunde habe ich nie Schwier
gehabt und bis [illegible] jetzt an dieser Stelle auch keine Perforation
Die Naht kann h [illegible] hier immer exakt angelegt und der Stumpf
serem Gewissen v [illegible] versenkt werden. Selbstverständlich bestreite ic
daß auch da gel [illegible] elegentlich einmal durch Randnekrose sekundä
foration entstehe [illegible] hen, oder bei nicht genügender Dichtigkeit d
Infektion erfolgen [illegible] gen kann. Die zitierte Kasuistik liefert auch da
spiele. Nahtdehi [illegible] hiszenz bei der Gastroenterostomie ist nach me
fahrung nicht zu [illegible] zu fürchten.

[6] Vgl. die Tab [illegible] abelle bei Stich.

1) **H. Lohnstein.** Untersuchungen über das Kaliber der Harnröhre bei chronischer Urethritis.

(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 8.)

L. hat mit seiner zur Behandlung der chronischen Gonorrhöe angegebenen Doppelcurette eine größere Anzahl von Messungen ausgeführt, deren Details im Original nachgelesen werden müssen.

Aus seinen Untersuchungen geht unter anderem hervor, daß die maximale Dehnungsfähigkeit der einzelnen Harnröhrenabschnitte sehr wechselt, sowohl wenn man die Kaliber analoger Abschnitte der verschiedenen Fälle, als auch wenn man die verschiedenen Harnröhrenabschnitte desselben Falles miteinander vergleicht. Besonders dehnungsfähig ist die Harnröhre in allen ihren Abschnitten, wenn sie im transversalen Durchmesser gedehnt wird. Unter Dehnung im transversalen Durchmesser versteht L. diejenige Dilatation, bei der die Branchen der Curette nach den Schenkeln des Arcus pubis gerichtet sind.

Besonders auffallend ist die große Verschiedenheit der maximalen Dehnungsfähigkeit, die in der Mehrzahl der Fälle zwischen dem Bulbus und der ihm sowohl proximal als distal zunächst gelegenen Harnröhrenabschnitte besteht. Zwischen Bulbus und Pars membranacea wurden Unterschiede bis zu 38 mm, zwischen Bulbus und Pars cavernosa solche bis zu 30 mm festgestellt. L. neigt der Annahme zu, daß ein allmählicher Übergang des Bulbuskalibers in das der Pars cavernosa für infiltrierende Entzündung dieser Abschnitte charakteristisch sei; ein plötzlicher Übergang der beiden Kaliber ineinander ist anscheinend das Normale. **Willi Hirt** (Breslau).

---

2) **H. Lohnstein.** Prostata und Trauma.

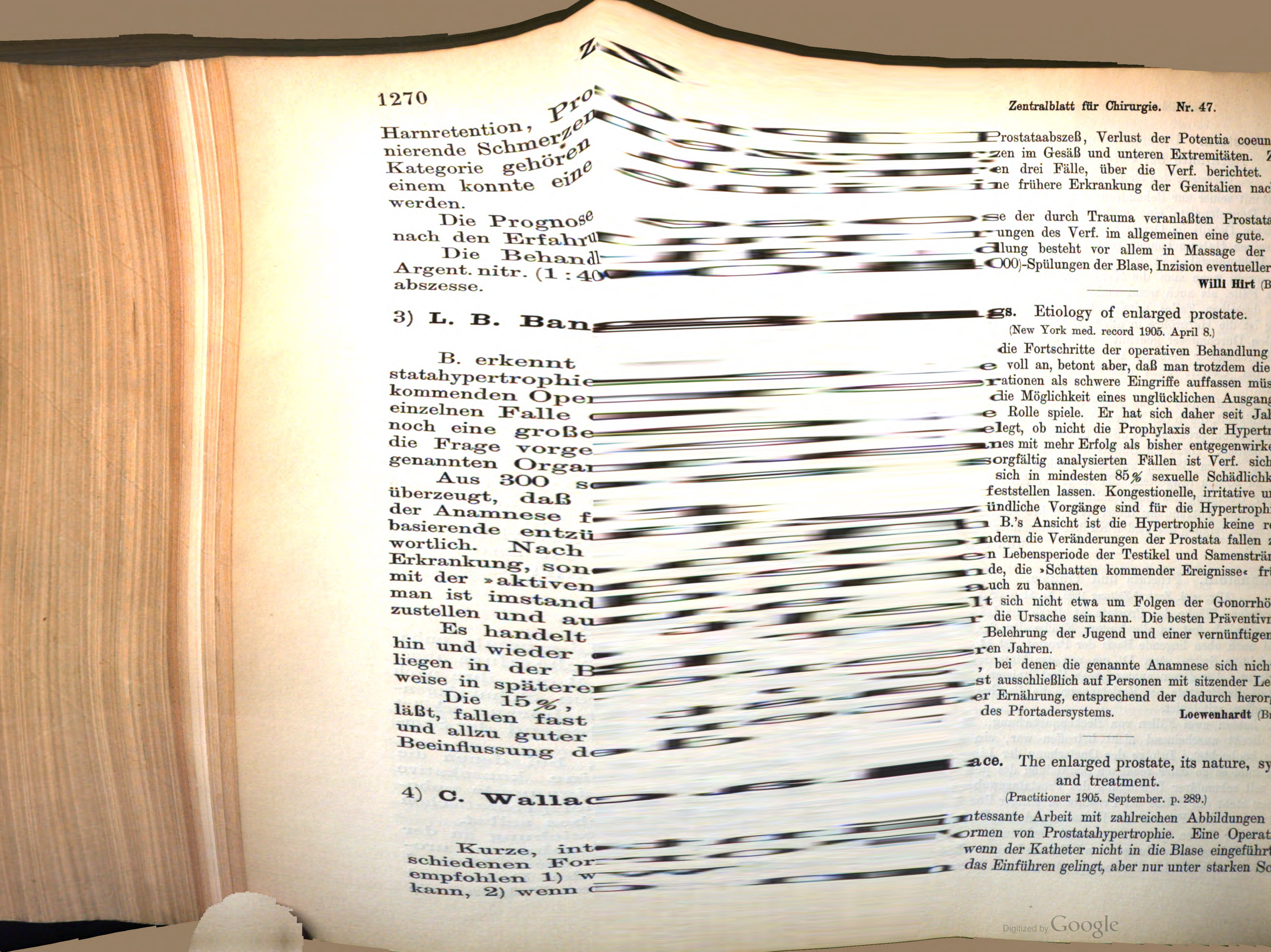
(Allg. med. Zentral-Zeitung 1905. Nr. 31 u. 32.)

Die vordere Fläche der Prostata ist durch die Ligamenta puboprostatica ziemlich fest an die hintere Fläche der Schamfuge angeheftet; die nach oben liegende Basis der Prostata ist 3 cm, ihre nach unten gerichtete Spitze etwa $1^1/_2$ cm von der hinteren Schamfugenfläche entfernt. Aus diesen anatomischen Verhältnissen heraus erklärt es sich, daß die Prostata bei Verletzungen, die die Gegend der Symphyse betreffen, mit leidet.

Verf. hat in zwei Fällen von Beckenquetschung, bei denen die Prostata direkt anscheinend nicht betroffen war, eine konsekutive Prostatitis beobachtet. Infolge der Quetschung der Ligamenta puboprostatica kam es zu einer reaktiven Schwellung des periprostatischen Gewebes mit sekundärer Beteiligung des Prostatagewebes selbst.

Ferner steht die Spitze der Prostata in inniger Beziehung zu der Muskulatur und den Fascien des Dammes und des Diaphragma urogenitale. Daher führen Quetschungen und Verletzungen dieser Gegend leicht zu reaktiven Schwellungen und Entzündungen der Drüse und der durch sie verlaufenden Ductus ejaculatorii mit ihren Folgen, wie





Harnretention, Pro [illegible] Prostataabszeß, Verlust der Potentia coeun
nierende Schmerzen [illegible] zen im Gesäß und unteren Extremitäten. Z
Kategorie gehören [illegible] en drei Fälle, über die Verf. berichtet.
einem konnte eine [illegible] ne frühere Erkrankung der Genitalien nac
werden.

Die Prognose [illegible] se der durch Trauma veranlaßten Prostats
nach den Erfahru [illegible] ungen des Verf. im allgemeinen eine gute.
Die Behandl [illegible] lung besteht vor allem in Massage der
Argent. nitr. (1 : 40 [illegible] 00)-Spülungen der Blase, Inzision eventueller
abszesse.

Willi Hirt (B

3) **L. B. Ban** [illegible] **gs.** Etiology of enlarged prostate.
(New York med. record 1905. April 8.)

B. erkennt [illegible] die Fortschritte der operativen Behandlung
statahypertrophie [illegible] voll an, betont aber, daß man trotzdem die
kommenden Oper [illegible] rationen als schwere Eingriffe auffassen müs
einzelnen Falle [illegible] die Möglichkeit eines unglücklichen Ausgang
noch eine große [illegible] Rolle spiele. Er hat sich daher seit Jah
die Frage vorge [illegible] legt, ob nicht die Prophylaxis der Hypertr
genannten Orgar [illegible] nes mit mehr Erfolg als bisher entgegenwirke
Aus 300 s [illegible] orgfältig analysierten Fällen ist Verf. sich
überzeugt, daß [illegible] sich in mindesten 85% sexuelle Schädlichk
der Anamnese f [illegible] feststellen lassen. Kongestionelle, irritative u
basierende entzü [illegible] ündliche Vorgänge sind für die Hypertrophi
wortlich. Nach [illegible] B.'s Ansicht ist die Hypertrophie keine r
Erkrankung, son [illegible] ndern die Veränderungen der Prostata fallen z
mit der »aktiven [illegible] n Lebensperiode der Testikel und Samensträn
man ist imstand [illegible] de, die »Schatten kommender Ereignisse« fr
zustellen und au [illegible] uch zu bannen.
Es handelt [illegible] lt sich nicht etwa um Folgen der Gonorrhö
hin und wieder [illegible] die Ursache sein kann. Die besten Präventivr
liegen in der B [illegible] Belehrung der Jugend und einer vernünftigen
weise in spätere [illegible] ren Jahren.
Die 15%, [illegible], bei denen die genannte Anamnese sich nicht
läßt, fallen fast [illegible] st ausschließlich auf Personen mit sitzender Le
und allzu guter [illegible] er Ernährung, entsprechend der dadurch herorg
Beeinflussung de [illegible] des Pfortadersystems.

Loewenhardt (Br

4) **C. Walla** [illegible] **ace.** The enlarged prostate, its nature, sy
and treatment.
(Practitioner 1905. September. p. 289.)

Kurze, int [illegible] ntessante Arbeit mit zahlreichen Abbildungen
schiedenen For [illegible] ormen von Prostatahypertrophie. Eine Operat
empfohlen 1) w [illegible] *wenn der Katheter nicht in die Blase eingeführt*
kann, 2) wenn [illegible] *das Einführen gelingt, aber nur unter starken Sc*

oder Blutung, 3) wenn vollkommene Retention besteht. Ist die Retention nicht vollkommen, so richtet sich Verf. nach den sozialen Verhältnissen der Pat. Leute aus der Arbeiterklasse sollen operiert, intelligente Vertreter der besseren Gesellschaft eventuell mit dem Gebrauch und der Einführung von Kathetern vertraut gemacht werden. Kastration, Resektion der Vasa deferentia werden als völlig zwecklos verworfen. Dagegen empfiehlt Verf. in allen operablen Fällen die suprapubische Prostatektomie (Freyer), warnt jedoch davor, die manchmal sehr dünne eigentliche Kapsel der Prostata in toto mit zu entfernen. **Jenckel** (Göttingen).

---

5) **H. G. Mudd.** Operation in hypertrophied prostate.

(Interstate med. journ. 1905. Nr. 9. September.)

Nach einer kurzen Besprechung der Symptome und ersten Beschwerden der Prostatahypertrophie betont Verf. die Berechtigung eines operativen Eingriffes, der in Analogie stehe mit der chirurgischen Behandlung der Appendicitis. Verf. will die Operation schon in frühen Stadien ausgeführt wissen und stellt von den üblichen Methoden die Ausschälung unter Kontrolle des Auges und des Fingers vom Damm her oben an. Die Entfernung mit einem suprapubischen Schnitt empfiehlt er nicht, wohl aber bei Steinbildung die Sectio alta mit intravesikaler Prostatektomie. M. hat die Operation auch unter Spinalanästhesie ausgeführt. — Die Mortalität ist noch ziemlich hoch. — Die Operation nach Bottini hält Verf. für zu wenig erfolgreich.

Grosse (Kassel).

---

6) **G. Luys.** La cystoscopie à vision directe.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1905. July 15.)

Angeregt durch die Arbeiten von Kelly hat Verf. die alte Desormeaux-Grünfeld'sche Methode der direkten Cystoskopie wieder aufgenommen und durch wesentliche Verbesserung des Instrumentariums anscheinend sehr günstige Erfolge erzielt, die ganz besonders auch von Delbet und Tuffier anerkannt worden sind. Die von L. verbesserte Methode der direkten Cystoskopie, deren technische Einzelheiten in der mit vielen Abbildungen versehenen Originalarbeit nachzulesen sind, bedeutet einen bemerkenswerten Fortschritt für die methodische Untersuchung der Blase, für die Katheterisation der Harnleiter und für die Behandlung von Blasenaffektionen (Cystitis, Geschwülste, Steine, Fremdkörper). **Paul Wagner** (Leipzig).

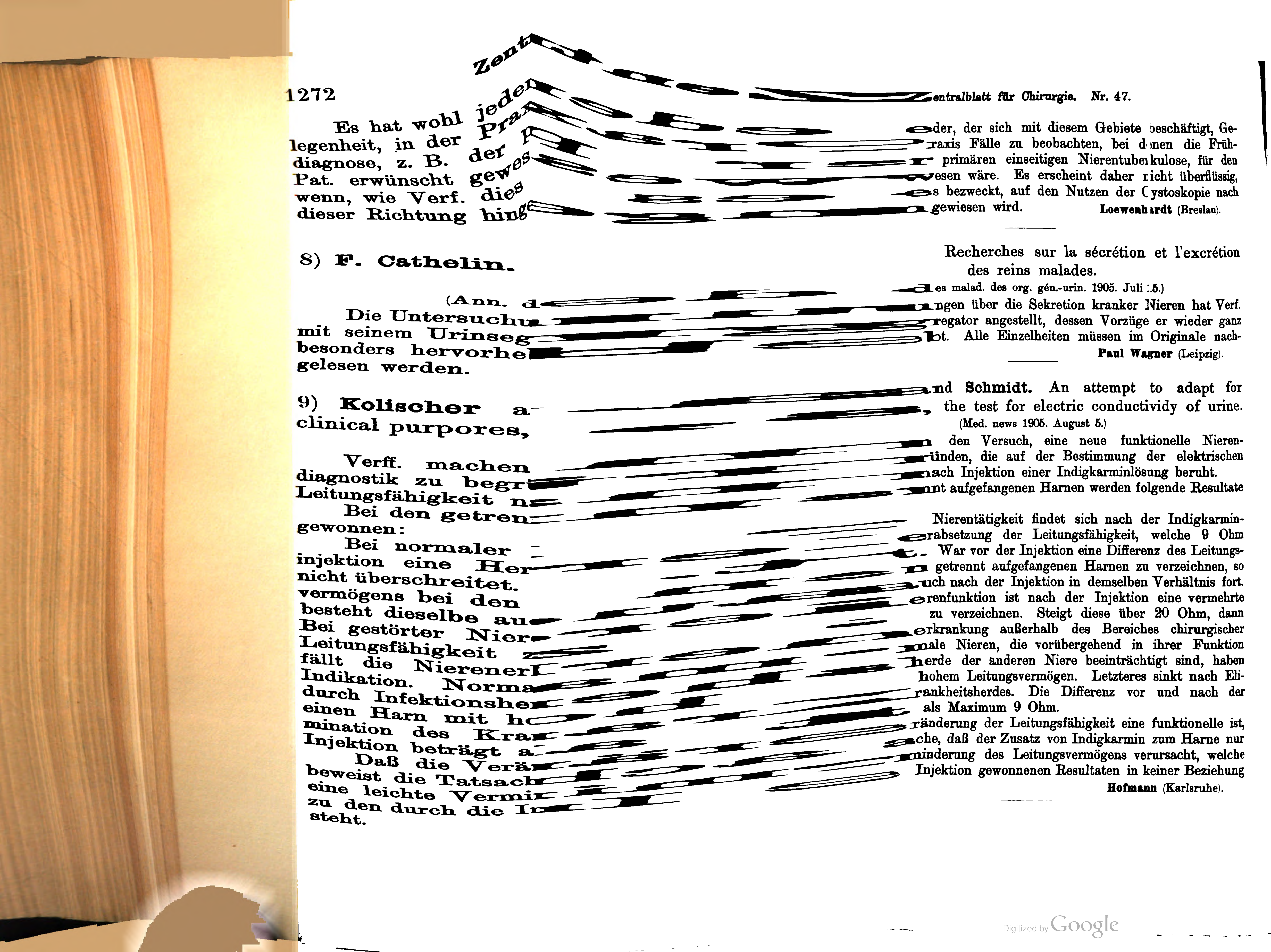
---

7) **H. D. Furniss.** Cystoscopy and ureteral catheterization in gynecology.

(New York med. record 1905. September 2.)

Die Wichtigkeit der Cystoskopie für den Gynäkologen wird von F. an verschiedenen Beispielen erläutert. Unter anderen betont Verf., daß eine Cystitis bei einer jungen Nullipara, wenn Gonorrhöe ausgeschlossen werden kann, immer auf Tuberkulose verdächtig sei.





Es hat wohl jeder [illegible] der, der sich mit diesem Gebiete beschäftigt, Gelegenheit, in der Praxis Fälle zu beobachten, bei denen die Frühdiagnose, z. B. der primären einseitigen Nierentuberkulose, für den Pat. erwünscht gewesen wäre. Es erscheint daher nicht überflüssig, wenn, wie Verf. dies bezweckt, auf den Nutzen der Cystoskopie nach dieser Richtung hingewiesen wird.

Loewenhardt (Breslau).

---

8) **F. Cathelin.** [illegible] Recherches sur la sécrétion et l'excrétion des reins malades.

(Ann. d[illegible]es malad. des org. gén.-urin. 1905. Juli 15.)

Die Untersuchungen über die Sekretion kranker Nieren hat Verf. mit seinem Urinsegregator angestellt, dessen Vorzüge er wieder ganz besonders hervorhebt. Alle Einzelheiten müssen im Originale nachgelesen werden.

Paul Wagner (Leipzig).

---

9) **Kolischer** a[illegible]nd **Schmidt.** An attempt to adapt for clinical purpores, [illegible] the test for electric conductividy of urine.

(Med. news 1905. August 5.)

Verff. machen [illegible] den Versuch, eine neue funktionelle Nierendiagnostik zu begründen, die auf der Bestimmung der elektrischen Leitungsfähigkeit nach Injektion einer Indigkarminlösung beruht.

Bei den getrennt aufgefangenen Harnen werden folgende Resultate gewonnen:

Bei normaler [illegible] Nierentätigkeit findet sich nach der Indigkarmininjektion eine Her[illegible]absetzung der Leitungsfähigkeit, welche 9 Ohm nicht überschreitet. War vor der Injektion eine Differenz des Leitungsvermögens bei den getrennt aufgefangenen Harnen zu verzeichnen, so besteht dieselbe auch nach der Injektion in demselben Verhältnis fort. Bei gestörter Nierenfunktion ist nach der Injektion eine vermehrte Leitungsfähigkeit zu verzeichnen. Steigt diese über 20 Ohm, dann fällt die Nierenerkrankung außerhalb des Bereiches chirurgischer Indikation. Normale Nieren, die vorübergehend in ihrer Funktion durch Infektionsherde der anderen Niere beeinträchtigt sind, haben einen Harn mit hohem Leitungsvermögen. Letzteres sinkt nach Elimination des Krankheitsherdes. Die Differenz vor und nach der Injektion beträgt als Maximum 9 Ohm.

Daß die Veränderung der Leitungsfähigkeit eine funktionelle ist, beweist die Tatsache, daß der Zusatz von Indigkarmin zum Harne nur eine leichte Verminderung des Leitungsvermögens verursacht, welche zu den durch die Injektion gewonnenen Resultaten in keiner Beziehung steht.

Hofmann (Karlsruhe).

---

10) **M. S. Kakels** (New York). The present status of the different methods of estimating the functionating capacity of the kidney, with a brief account of chromocystoscopy and its uses.

(Amer. journ. of surgery 1905. August.)

Eine allgemeine Übersicht über die Methodik der Nierendiagnostik, soweit sie die Nierenfunktion und insbesondere die zweite funktionierende Niere festzustellen sucht. Die Chromocystoskopie nach Voelcker und Joseph wird für die sicherste, einfachste und praktischste Methode gehalten, sich von der Anwesenheit einer Niere resp. der zweiten Niere zu überzeugen. Für den Praktiker kommt daneben noch die Kryoskopie und die Phloridzinprobe in Betracht; nur von Laboratoriumsinteresse ist die Bestimmung der Toxizität und elektrischen Leitbarkeit des Urins. Zur Scheidung des Urins empfiehlt K. unbedingt den Ureterenkatheterismus.

In bezug auf die im Vordergrunde unseres Interesses stehende Frage von der Wertigkeit der Kryoskopie fixiert K. seinen Standpunkt dahin, daß diese Methode ein Mittel zur Bestimmung der Permeabilität der Nieren als Filter, aber nicht als Sekretionsorgan sei. Er erwähnt einen Fall von Stokman, der bei einem Kranken den Blutgefrierpunkt normal ($\delta = 0{,}55$), dabei aber die eine Niere ganz fehlend, die andere total tuberkulös zerstört fand. **Goebel** (Breslau).

---

11) **L. Imbert.** La fibrinurie.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1905. September 1.)

Verf. hat bereits 1902 zusammen mit Blaufus einen Fall von Fibrinurie beschrieben; seitdem hat er zwei neue Fälle beobachtet, die er ausführlich mitteilt.

Die Fibrinurie ist keine Krankheit sui generis, sondern sie ist nur ein Symptom, charakterisiert durch die Anwesenheit von Fibrin oder Fibrinogen im Urin, ohne daß dabei Hämaturie oder Chylurie vorhanden ist. Die Affektion scheint sehr selten zu sein; denn Verf. konnte außer seinen drei eigenen Beobachtungen nur noch neun, zum Teil nicht ganz einwandsfreie Fälle aus der Literatur sammeln. Die wesentlichen Symptome der Fibrinurie sind: Die Ausscheidung von fibrinösen Massen mit dem Urin und die spontane Koagulation des frisch gelassenen Urins. Gewöhnlich hängt die Fibrinurie mit einer Nierenaffektion zusammen; letztere kann verschiedener Art sein (toxische Nephritis, Amyloidniere, Pyelitis calculosa). Die Prognose der Fibrinurie hängt von der primären Nierenaffektion ab. Die Dianose ist gewöhnlich leicht; man muß natürlich an sog. falsche Fibrinurie denken, d. h. an Hämaturie und Chylurie. Die Behandlung ist rein symptomatisch. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

12) **H. A. Kelly.** The treatment ... (New York med. re...

Wenn auch fr... ...ische Pyelitiden ... tion häufig ausheil... ...en, gehen diese ... einer kleinen Reten... ...tion im Nierenb... über. Es bilden ... daher auch mi... wichtiges Gebiet f... ...ir die Frühbeha... Folgezustände, wie ... Pyelonephritis ... ordentlich erfolgre... ...ichen Lokalbeha... Die Beseitigun... ...ng kleiner mec... die Irrigation des ... Nierenbeckens, ... nitrat, schließlich ... operative Eingri... lungsplane eine R... ...olle, wenn Ru... Salol nicht zum Z... ...iele führten.

13) **K. Lichten...** ...auer. Soll ... intra- oder e... Ureters i... (Monatsschrift ...t für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XX...)

Bei einem R... Rezidiv nach ... dominal entfernt ... wurde, mußte ... und wurde in der ... von Fritsch ... die Blase eingepfla... ...lanzt. Überna... Der Haltefaden b... blieb 3 Woch... bedingte eine stark... ...rke Cystitis, ... cystoskopische Un... Untersuchung ... Blasenschleimhaut ... vorragende ... sezernierte gut, wi... ...wie eine Kath... leiters ergab, bei ... der trotzdem ...

L. polemisiert ... ...rt im Anschluß an die ... sche Kritik seiner ... früheren Arbeit ... einzelnen Fall ank... ...komme, ob das extra- oder intraperitoneale Vorgeh... indiziert sei. Mit Stoeckel hält er für den springenden Punkt ... der Harnleitereinpf... ...pflanzung das »überschüssige« Hineinziehen des Har... leiters in die Bla... Blase, das ein Analogon hat in der von Barden... heuer inauguriert... ...erten Vermeidung späterer Strikturen bei der Penis... amputation durch ... ...h überschüssiges Stehenlassen der Harnröhrenschleim... haut, die sich eben ... ...ben dann rosettenartig nach außen aufrollt. Die von L. früher vorgesch... ...schlagene Spaltung des Harnleiters dürfte vielleicht auch in diesem Si... Sinne günstig wirken.

Goebel (Breslau).

14) **P. Rissman...** ...ann. Zur abdominalen Ureterimplantation. (Monatsschrift ...ift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXII. Hft. 3.)

Eine kritische ... ...he Durchsicht der bisher mit der Ureterimplantation erreichten Resulta... ...tate befriedigt R. nicht, der primäre glänzende Erfolg hält auf die Dau... ...auer nicht Stand, von den Operateuren sind allzu...

häufig zum Schaden der Kranken die Experimente Hermann's, Heidenhain's und Lindemann's vergessen, die lehren, daß schon ein geringer Druck auf den Harnleiter oder Druckerhöhungen in ihm den Urin quantitativ und qualitativ beeinflussen. In einem Falle von Harnleiterfistel nach vaginaler Totalexstirpation wegen Karzinom machte R. eine Modifikation, indem er den Harnleiter klarinettenschnabelförmig anfrischte, so daß also die in die Blase mündende Lichtung weniger leicht narbig verengt werden konnte. Die Blase wurde auf einer Sonde nach der rechten Beckenschaufel verschoben und hier fixiert, der Harnleiter durch ein Loch in die Blase vorgeschoben und durch ein anderes, etwa 3 cm medial von der ersten Inzision wieder herausgeführt. Hier wird das zugeschnittene spitze Harnleiterende fixiert, die Öffnung der Blase geschlossen. Das erste Blasenloch wird nur beiderseits vom Harnleiter, ohne ihn mitzufassen, verengt. Dadurch wird eine Verengerung der Harnleiterlichtung durch Nähte vermieden.

R. betont die Sondierung des Harnleiters vor der Einpflanzung, die mikroskopische und chemische Untersuchung des aus dem Harnleiterkatheter fließenden Urins, da selbst scheinbar klares Spritzen nichts beweist — in seinem Fall entleerte sich klarer Urin, und trotzdem fand sich bei der nach 3 Tagen verstorbenen Pat. Pyonephritis —, und den Vorzug einer Nephrektomie, die seine Pat. und wohl auch andere vielleicht gerettet und rascher zur Genesung gebracht hätte. Jedenfalls ist diese radikale Operation öfter bei länger dauernden Fisteln indiziert. An der Lichtenauer'schen Methode der Spaltung des in die Blase gezogenen Harnleiters bemängelt R. die nicht verläßliche Vereinigung des Harnleiters mit der Blasenschleimhaut.

Goebel (Breslau).

---

15) **H. Schüller.** Kasuistisches zur Frage der sog. essentiellen Nierenblutung.

(Wiener klin. Rundschau 1905. Nr. 13.)

Verf. beschreibt einige hierher gehörige Fälle und kommt zu dem Ergebnis, daß der »essentiellen Hämaturie« doch wohl im allgemeinen eine Nephritis zugrunde liegt. Wesentlich in seiner Besprechung ist die Auffassung, daß einseitige Hämaturie jedoch nicht auf nur einseitige Erkrankung schließen lassen darf; die krankhaften Veränderungen des Urins können trotz bestehender Parenchymerkrankung fehlen, und gerade manchmal nur einseitig fehlen, so daß bedenkliche Trugschlüsse möglich sind.

Schmieden (Bonn).

---

16) **T. Jonescu** (Bukarest). Die Nephropexie. Ein neuer operativer Vorgang.

(Revista de chir. 1905. Juli.)

Nach den Resultaten der Tierexperimente und den am Menschen ausgeführten Operationen ist Verf. zu folgender Methode der Fixation



bei Wanderniere
gute. Zur Vorna
gesunden Seite lie
der Sacrolumbalm
zu kurz ist, auch
von 15—16 cm, a
aponeurose wird
durch einen läng
zum anderen gehe
zur Nierenmitte a
dann über die an
drähte in der Näh
Muskulatur, gedo
doppelte Nierenka
die Haut an dies
geschlungen und e
öffnung wieder an
mäßig angezogen
Muskulatur werd
geschlossen. Letzt
fernt; hierzu wird
faden nahe der H
das oberflächlich
der Entfernung au

gelangt, und sin
me des Eingriff
gend, gebracht u
uskulatur, längs
auf die 11. Ri
ausgeführt. Nac
die Niere auf
des konvexen
nden Schnitt d
abpräpariert; d
dere Nierenhälf
he des oberen
oppelte Nierenk
apsel und um
ser Stelle zu
etwa 1½ cm w
n die Hautobe
und über ei
den durch A
tere werden n
d der durch
Hautoberfläch
gelegene En
auf ein Minim

... Durchschnitten ... Randes ... Nierenk... derart ... gezogen. ... unteren ... Kapsel, Niere, ... entsprechen ... durchdringen, ... fläche gebracht. ... von der ursprü... Gazerolle eingedr... Hintertouren von Cri... 6 und erstere nach ... Nierenparenchym ... durchschnitten und der ... ausgeübt, wodurch der ... reduziert wird.

E. Toff

17) R. Cecca. Sulla patogenesi dell' idrocele volgare.

(Gazz. degli osped. e delle clin. 1905. Nr. 108.)

Verf. nahm Stücke der Tunica vaginalis, welche er aus Hy
kelen oder von Hunden und ganz frischen Leichen gewonnen ha
oder auch Peritonealserosa, vornehmlich aus Bruchsäcken, befreite
von Fett und anhängendem Gewebe, wusch sie von beiden Seiten
physiologischer Kochsalzlösung und spannte sie über Gläsern od
sackartig aus. Alsdann füllte er sie mit Flüssigkeit von bestimmt
Konzentration oder natürlicher Hydrokelenflüssigkeit, während sich au
der anderen Seite Flüssigkeit von andersartiger Konzentration befand
Nach 1—4 Stunden wurden die Flüssigkeiten beiderseits volumetrisch
kryoskopisch und chemisch untersucht. Hierbei zeigte sich nun, daß
die Hydrokelenvaginalis sich nicht wie eine diffundierende Membran
verhält und den Übergang der Salze mit der Hydrokelenflüssigkeit
nicht gestattet. Zahlreiche Versuche an Bruchsäcken erwiesen, daß
gleiche osmotische Eigenschaften ziemlich häufig an einzelnen Stellen
des parietalen Bauchfells vorkommen können.

Dreyer (Köln).

Kleinere Mitteilungen.

18) I. Kongreß der internationalen Gesellschaft für Chirurgie zu Brüssel, 18.—22. September 1905[1].

I. Sitzung am 18. September 1905.

Bedeutung der Blutuntersuchung für die Chirurgie.

1. Ref. Depage (Brüssel) gibt auf 128 Druckseiten mit 310 Literaturangaben und einer semiologischen Tabelle fast erschöpfend eine Darstellung der Blutphysiologie, der Untersuchungstechnik mit eingehender Beschreibung der Apparate, und schließlich der speziellen Diagnostik, ein Sammelreferat im Sinne des Wortes. Die Eigenschaften des Gesamtblutes — Gerinnung, Gefrierpunkt —, des Serums — spez. Gewicht, Färbung, agglutinierende Fähigkeiten —, der roten Blutkörperchen — Zahl, Hämoglobingehalt —, der weißen Blutzellen — Formen, Frequenz im Blute, Prozentverhältnisse der Unterarten usw. — werden bezüglich ihres diagnostischen Wertes für die Chirurgie geprüft.

Aus den sehr zahlreichen Einzelheiten kann nur einiges von Wichtigkeit hier wiedergegeben werden:

Bei der stets zunehmenden Erkenntnis der Wechselwirkung zwischen Neubildungen, Infektionen, Traumen und den Veränderungen im Blute, besonders der geformten Bestandteile, muß jeder Arzt sich ein Urteil zu bilden und die Technik für die landläufigsten Untersuchungen zu erlernen suchen. Während die meisten von ihnen ein gutes Laboratorium verlangen, lassen sich andere — Zählung der weißen Blutkörperchen, Schätzung des Hämoglobins, Gerinnungsdauer, Jodophilie — mit einfachen Mitteln von jedem Arzte ausführen. Die Ergebnisse einzeln für sich beanspruchen wenig klinischen Wert, wohl aber die zusammenfassende und vergleichende Beurteilung mehrerer: wie z. B. polynukleäre Leukocytose, mit Jodophilie und vermehrtem Fibringehalte vereinigt, ziemlich sicher auf Eiterbildung deuten. Die Kryoskopie ist nach D. nicht imstande, für oder gegen eine Nephrektomie zu entscheiden; als Erkennungsmittel drohender Urämie kann sie gute Dienste leisten. Die Serodiagnostik ist für Tuberkulose nicht zu verwenden. Widal fehlt selten bei Typhus, kann jedoch bei anderen, z. B. eitrigen, Infektionen (Otitis media) vorhanden sein.

Die Jodophilie gibt uns keinen Aufschluß über das Vorhandensein von Eiter; sie begleitet im allgemeinen entzündliche Prozesse.

Die lebhafte Vermehrung der polynukleären Leukocyten ist eine Folge der Reaktion des Organismus auf Infektionen; als Kurve begleitet sie im allgemeinen die Temperatur; wichtig ist nicht nur die Steigerung der Leukocytenzahl, sondern auch die Verschiebung der Prozentverhältnisse in der Zusammenstellung der verschiedenen Arten weißer Blutkörperchen. So spricht Vermehrung der Eosinophilen für Anchylostomum, gegen perniciöse Anämie; für Echinokokken, gegen bösartige Geschwulst; ihr Wiederauftreten in größerer Menge bei Infektionskrankheiten ist günstig zu deuten. Die Zahlenverhältnisse der Polynukleären bei Typhus und Appendicitis sind bekannt. Ansteigen der Leukocytenkurve bei Typhus deutet auf Perforation.

Schließlich bespricht D. noch das Vorkommen von Bakterien im Blut; er mißt ihm keine prognostische Bedeutung bei; für die Diagnose kann der Nachweis von Mikroben im Blute sehr wertvoll sein.

2. Ortiz de la Torre (Madrid) beschränkt sich auf die rein praktische Betrachtung der Blutuntersuchung, deren große Kompliziertheit ihrer Verallgemeinerung entgegenstehe.

---

[1] Bei der Aufstellung dieses Berichtes sind wiederholt die Auszüge benutzt, die L. Mayer (Brüssel) für den Kongreß vorbereitet hatte.



Er betont, daß die L[illegible]
rung des Hämoglobingeha[illegible]
betrachten sei, die nach A[illegible]
men; daß eine schwer ein[illegible]
der Leukocytenzahl erzeu[illegible]
untergeht. Dem Redner is[illegible]
rend der Infektion 75—9[illegible]
Granulierung erkennen la[illegible]
während sie sich beim A[illegible]
bung auszeichnen; die D[illegible]
achtungen. Eine Förder[illegible]
legung individueller Blut[illegible]
Infektionen. Speziell ist[illegible]
zeitig geringem Hämoglo[illegible]

3. Sonnenburg (B[illegible]
lich mit der Leukocytos[illegible]
Seite ausführlich über d[illegible]
werde.

Die Vermehrung der[illegible]
nicht so vom Infektionse[illegible]
örtlichen Verhältnissen [illegible]
dicitis mit der einhergeh[illegible]
Bei dieser Erkrankung [illegible]
keine deutlichen Schlüsse[illegible]
kurve angelegt werden; [illegible]
Formen der Appendiciti[illegible]
cytenzahlen bei ernsten [illegible]
(bis 100000) sind ernste [illegible]
im zweiten Falle besteh[illegible]
durch ganz aseptische O[illegible]
Chloroform; das Fehlen [illegible]
wo zwischen Typhus, Bl[illegible]

Die Feststellung vo[illegible]
cystitis wegen des Hinw[illegible]
griffe mahnen, bei Phleg[illegible]
tägliche Untersuchungen [illegible]
der Eitererreger ins Blu[illegible]
fels bei Furunkeln, Phle[illegible]

4. Keen (Philadelp[illegible]
wertung für chirurgische[illegible]
rinnung, welche im En[illegible]
findet, vom Fibringehalt[illegible]

Eine Verzögerung [illegible]
können.

Die Jodophilie, an[illegible]
gleichzeitiger Leukocyto[illegible]
und Osteomyelitis, tuber[illegible]
nosis und Echinokokken[illegible]

Für K. ist bei H[illegible]
narkose nicht mehr anw[illegible]

Am Schluß des Re[illegible]
Tabelle persönlicher Be[illegible]

Diskussion: P[illegible]
heit die Beobachtung g[illegible]
Zellen enthielt als das [illegible]
zu werden. Die polym[illegible]
übten einen Reiz auf d[illegible]

[illegible]eukocytose als Reaktion auf die Infektion, die Ve[illegible]
[illegible]altes als der Ausdruck der Schädigung des Organi[illegible]
[illegible]blauf der Krankheit zurückblieb. Es kann also [illegible]
[illegible]setzende Infektion kaum eine bemerkenswerte St[illegible]
[illegible]gt, und der Hämoglobingehalt doch auf 30—40[illegible]
[illegible]t aufgefallen, daß die polynukleären Neutrophilen, [illegible]
[illegible]0% der Gesamtleukocytenzahl ausmachten, eine r[illegible]
[illegible]ssen, die mit Ehrlich's Triacid violette Töne an[illegible]
[illegible]uftreten der Eosinophilen auch durch lebhafte [illegible]
[illegible]eutung dieser Erscheinung erhofft er von weitere[illegible]
[illegible]ung der Blutdiagnostik erwartet er von der Z[illegible]
[illegible]formeln für die Beurteilung des Entwicklungsga[illegible]
[illegible] ihm bei Appendicitis eine niedrige Leukocytose be[illegible]
[illegible]obingehalt Indikation zu schnellem Eingriffe.
[illegible]erlin) beschäftigt sich in seinem Berichte fast au[illegible]
[illegible]se und dem Bakteriengehalte des Blutes, da von[illegible]
[illegible]die sonstigen Ergebnisse der Blutuntersuchung ge[illegible]

[illegible]er Leukocyten hängt ab: 1) von der Virulenz der [illegible]
[illegible]serreger; 2) der individuellen Reaktion hierauf; 3)[illegible]
[illegible]der Infektion. Deshalb eignet sich besonders di[illegible]
[illegible]ehenden Peritonitis zum Studium der Infektionsleu[illegible]
[illegible]soll, ebenso wie von Temperatur und Puls, die [illegible]
[illegible]se auf die Krankheitsentwicklung gestatten, die Le[illegible]
[illegible]; man würde vielleicht in die Lage kommen, für b[illegible]
[illegible]tis charakteristische Kurven aufzustellen. Nieder[illegible]
[illegible]klinischen Symptomen, desgleichen exorbitante Ve[illegible]
[illegible]Zeichen: im ersten Falle fehlt die Energie der [illegible]
[illegible]cht foudroyante Vergiftung. Mäßige Leukocytose[illegible]
[illegible]Operationen erzeugt, auch durch die Vorbereitunge[illegible]
[illegible]der Leukocytose ist differentiell diagnostisch zu ve[illegible]
[illegible]Bleikolik und Appendicitis zu scheiden ist.
[illegible]on Bakterien im Blute kann bei Folgezuständen d[illegible]
[illegible]weises auf cholangitische Abszesse zur Enthaltung [illegible]
[illegible]egmonen zur Vornahme der Amputation veranlass[illegible]
[illegible]n immer wieder Keime im Blute verraten. Das [illegible]
[illegible]lut wird begünstigt durch den Gebrauch des scha[illegible]
[illegible]legmonen, Osteomyelitis und häufig durch das Bou[illegible]

[illegible]phia) geht näher auf die Gerinnung des Blutes und[illegible]
[illegible]he Zwecke ein, betont, daß die Neigung intravasku[illegible]
[illegible]ndstadium des Typhus ihren Ausdruck in Thromb[illegible]
[illegible]lte, die extravaskuläre von den Blutplättchen abhä[illegible]
[illegible]der Blutgerinnung durch Ikterus hat er nicht [illegible]

[illegible]n sich kein sicheres Zeichen für Eiterbildung, w[illegible]
[illegible]tose; sie dient jedoch zur Unterscheidung zwischen[illegible]
[illegible]erkulöser und Kokkeneiterung. Eosinophilie wird [illegible]
[illegible]en beobachtet.
[illegible]Hämoglobingehalt von 40% und darunter die Ch[illegible]
[illegible]wendbar.
[illegible]eferats über die einzelnen Punkte des Themas gib[illegible]
[illegible]Befunde bei den wichtigsten chirurgischen Erkranku[illegible]
[illegible]eugniez (Amiens) hat in zwei Fällen Banti'sch[illegible]
[illegible]gemacht, daß das Blut der Fingerbeere mehr po[illegible]
[illegible]s der Milz; hier scheinen die mononukleären zurüc[illegible]
[illegible]lynukleären, mit hämolytischen Produkten der Milz[illegible]
[illegible]die Leber aus, welche mit Cirrhose erwidere.

Rouffart (Brüssel) bespricht die hämologischen Gesichtspunkte in der Gynäkologie; Myome, Aborte, Polypen führen zu Anämie ohne Leukocytose; die klinischen Symptome sind hier allein ausschlaggebend. Da eine erhebliche Leukocytose bzw. eine charakteristische Kurve für puerperale Infektion auch nach den Arbeiten von Caston und Lemoine noch nicht besteht, ist auch hier das Thermometer und der sonstige Befund maßgebend. Jedenfalls gibt die Blutuntersuchung noch keine Indikation für die Hysterektomie bei Sepsis puerperalis.

Legrand (Alexandrien). Bei Leberabszessen übertreffen meist die Leukocytenzahlen — die sich auch nur auf polynukleäre beziehen — die bisher angegebenen. 22 Fälle hat L. genauer untersucht und eine Vermehrung von 16—32000 gefunden. Dagegen belief sich die Menge der Polynukleären nur auf 5000 bei einem sehr geschwächten Individuum, das doch geheilt wurde, und einmal fanden sich 50000, aber kein Abszeß. Man gebe also nicht zu viel auf diese Untersuchung.

Gross (Nancy) untersuchte in den 2 Tagen, die auf Operationen folgten, die unter gleichen Bedingungen ausgeführt waren, die Urine und fand ziemlich konstante Vermehrung der Stickstoffausscheidung. Sie kommt seiner Ansicht nach zustande durch Nukleinzerfall, wodurch Xanthinbasen und Harnsäure frei werden. Veranlassung dazu gibt die postoperative Leukocytose.

Diese faßt auch er als die Reaktion des Organismus auf; sie ist abhängig von der Energie des Organismus und dem Grade der Infektion.

II. Sitzung am 19. September 1905.

I. Behandlung der Prostatahypertrophie.

1. v. Rydygier (Lemberg) beschreibt seine Methode perinealer Prostatektomie mit Erhaltung einer periurethralen Zone von etwa 1 cm Durchmesser. Die Operation gestattet den Kranken, schon nach 4—8 Tagen das Bett zu verlassen; die Bildung von Fisteln wird nie beobachtet, es sei denn, daß man absichtlich bei Gegenwart von Steinen die Harnröhre inzidiert, beziehentlich zu Drainagezwecken, oder um von hier aus den Mittellappen zu entfernen, falls ihn die Cystoskopie nachgewiesen hat. Die einfache Inzision der Prostata mit Entfernung kleiner Teile genüge nicht, wo Abszesse und Konkremente vorhanden seien. Seine Methode gestattet die Erhaltung der Potenz.

2. Harrison (London) spricht sich im allgemeinen für schonendes Individualisieren aus. Wo das Einführen des Katheters gut vertragen werde und nicht schmerze, sei dies immer noch eine vorzügliche Methode; für noch frische Fälle möge man auch die Vasektomie nicht ganz verwerfen; Resultate von 10jähriger Dauer seien ihm bekannt. Verlangten jedoch schwere Cystitis und drohende aufsteigende Infektion die operative Heilung, sei die vesikale Abtragung des Mittellappens oder auch die digitale Ausschälung der ganzen Prostata zu empfehlen. H. berechnet für die beiden Methoden — vesikale und perineale — die gleiche Sterblichkeit von etwa 10%. Der perinealen aber wirft er die Vernichtung der Potenz und die Erzeugung von Inkontinenz vor.

3. Rovsing (Kopenhagen) wendet sich mit noch größerer Entschiedenheit gegen die totale Prostatektomie, besonders vom Damme her; man dürfte die vergrößerte Vorsteherdrüse nicht wie eine bösartige Geschwulst behandeln; etwa 80% der älteren Männer mit Hypertrophie der Prostata verspürten überhaupt keine Störungen. Vasektomie, die er 70mal mit 60% Heilungen, 30% Besserungen ohne Narkose ausgeführt habe, vesikale Prostatektomia partialis, event. totalis, endlich Cystostomia suprapubica hätten alle ihre Indikationen, wo ein meist gut vertragenes Katheterleben nicht möglich sei. Die Resektion der Vasa deferentia hat als Kontraindikation 1) ausgebildeten Mittellappen, 2) fibröse Prostata. Versagt ihre Wirkung oder tritt Rückfall ein, sind die anderen Operationen berechtigt, die totale Ausschälung nach Freyer jedoch nur bei Verdacht auf Bösartigkeit. R. begründet sodann physiologisch den Wert der Prostatafunktion, deren Erhaltung für Männer von 40—50 Jahren von großer Bedeutung sei, und zieht dann einen Vergleich zwischen vesikaler und perinealer Prostatektomie. Für die letztere könne



nur die bessere Drainage
höhle, sondern vermöge
entleeren.

Bei perinealer Opera
Augen entfernt; um an
müsse man sich durch d
unangenehme Nebenverl
R. bringt dann noch ein

Diskussion: Le
die allein heilende; die
für mehrere Jahre gut.
ständiger Retention, wo
Blasenkontraktion schlec
akuter Retention käme
warte man nicht die zu
L. hat auch die Fr
drei an Sepsis verloren.
Todesfälle; die oft lan
die verloren gegebene I

Hartmann (Paris)
fast ausschließlich anwe
wird vom Mastdarm au
letzungen werden vermi
trotz Fieber nicht einzu

Carlier (Lille) finc
Erfolge ergaben; trotzd
sonders ist sie indiziert
mit Stiel, bei Anwesenh

Demosthen (Buk
der in desolatem Zusta
sich erstaunlich erholt

Freudenberg (B
hätten die Anhänger
Schwertstreich aufgegel
delten Prostatahypertro
konkurrieren könne.
seien im Durchschnitt
handlung unterzogen;
und 7,2% Todesfälle.
Erfolge um 24% geho
sicht sei die Bottini'
bei jungen Pat., die a
Prostata.

Große Vorsteherdr
mehr für Ektomie; die
auf den Verlust der P

Verhoogen (Bri
ebensowohl die leichte
thode ihre Indikatione
würde. Die Hauptsa
wurde Harnröhre mit
die Kontinuität und a
Bauchlage nach Depa

Klapp (Bonn) e
16 Prostatektomien w
tung; Pneumonien bis

angeführt werden; doch sei die Blase keine starre Wund-
sich durch eigene Kontraktion auch durch den Vertex zu

ation werde der Blasenteil der Prostata ohne Kontrolle der
den oft allein zu entfernenden Mittellappen zu gelangen,
ie ganze Drüse heranarbeiten, wobei recht häufig höchst
etzungen — besonders des Mastdarmes — gesetzt würden.
ige Literaturangaben zur Stütze seiner Ausführungen.

gueu (Paris) betrachtet die perineale Prostatektomie für
Erfolge — sie bleiben nur in 25% teilweise aus — sind
Freilich ist die Operation nicht immer leicht. Bei unvoll-
o die Kranken sich unregelmäßig katheterisieren, ist die
echter, daher auch die Erfolge: $^1/_3$ gut, $^1/_3$ Mißerfolg. Bei
e man mit jeder Behandlung aus; bei Wiederholung aber
u große Erschlaffung der Blase ab.
reyer'sche Operation versucht, aber von sechs Operierten
n. Dagegen erlebte er bei 44 perinealen Ektomien nur vier
ngwierigen Fisteln seien freilich eine unangenehme Zugabe;
Potenz könne sich wieder herstellen.
is) berichtet über 56 Fälle vesikaler Prostatektomie, die er
wendet; sie hat den Vorzug der Schnelligkeit. Die Prostata
aus hochgedrängt, mit den Fingern ausgeschält. Nebenver-
mieden, die Harnentleerung wird normal, Infiltration braucht
zutreten; er hat 5 = 9% Todesfälle.
indet, daß perineale und vesikale Prostatektomien gleich gute
zdem bevorzuge er die vesikale wegen ihrer Leichtigkeit; be-
t bei langer, harter Prostata, sehr entwickeltem Mittellappen
nheit von Steinen, bei langen, dicken Leuten.
karest) teilt ausführlich einen Fall von alter Retention mit,
tande durch suprapubische Vesikalfistel gerettet wurde und
t hat.
(Berlin) wendet sich gegen die Behauptung Rovsing's, es
der Bottini'schen galvanokaustischen Diszision sie ohne
eben. An der Hand von 152 von ihm nach Bottini behan-
rophien weist er nach, daß sie mit den anderen Methoden
Erstlich operiere er keine akuten Retentionen; seine Pat.
t 65 Jahre alt, also habe er relativ ungünstige Fälle der Be-
; trotzdem habe er 84,9% gute Resultate, 7,9% Mißerfolge
Vom ersten bis letzten Drittel seiner Serien haben sich die
hoben, die Todesfälle um 8% vermindert. Nach seiner An-
i'sche Methode anzuwenden bei sehr schwachen, dann auch
auf Erhaltung der Potenz bedacht sind, bei nicht zu großer

drüsen, stark entwickelte, gestielte Mittellappen eignen sich
ie vesikale sei vorzuziehen; bei perinealer müsse man die Pat.
Potenz vorbereiten.
rüssel) verfügt über 45 Prostatektomien und glaubt, daß
tere vesikale, als die mitunter recht gefährliche perineale Me-
nen hätten, was durch Cystoskopie und Tuschieren entschieden
sache sei totale Entfernung zur Vermeidung der Rückfälle;
it reseziert, käme die Blase durch Herabsinken entgegen, um
auch die Kontinenz herzustellen. Besonders empfiehlt V. die
page.
empfiehlt die Lumbalanästhesie mit Paranephrin-Stovain;
wurden so ausgeführt, mit zwei Todesfällen an Ileus bzw. Blu-
bis jetzt nicht beobachtet.

Kümmell (Hamburg) ist, nachdem er, mit der Zeit gehend, die übrigen Operationen (Kastration, Bier'sche Operation, Bottini, partielle Resektion) versucht hat, nun seit 2 Jahren zur Radikaloperation übergegangen, führt sie jedoch nur bei kompletter Retention aus. Von 25 Fällen wurden 10 perineal — mit Medullar-Stovainanästhesie — 15 transvesikal operiert. Bei zu großer Blasenschwäche empfiehlt er die Bottini'sche Methode.

Albarran (Paris) ist auch zum Anhänger der Radikaloperation, und zwar der perinealen Prostatektomie geworden, die er bei chronischer Retention, schwierigem Katheterismus, Steinen, Blutungen, bzw. Pyelonephritis jeder anderen Methode vorzieht. Er hat nach ihr 73mal mit drei Todesfällen operiert; doch eignet sie sich nicht für schlaffe Blasen mit großem Residuum. Den Verlust der Potenz schiebt A. auf den Wegfall der Harnröhrenschleimhaut der Pars membranacea; das komme auch bei transvesikaler Operation zustande. Mastdarmfisteln müsse man zu vermeiden lernen. Blasenfisteln können allerdings zurückbleiben, während Inkontinenz schwindet. Die Prostatektomia hypogastrica eignet sich nur für die Drüsen mit vorragendem Mittellappen. Die so von ihm Operierten sind auch geheilt, aber mit schweren Erscheinungen. Bottini, Vasektomie und Cystostomie geben keine Dauerresultate, bzw. eignen sich nur zum Notbehelf.

Jaffé (Posen) protestiert gegen Frühoperationen; der Wille des Kranken soll maßgebend bleiben für die Wahl der Methode seiner Behandlung, zumal über die Rolle der Prostata bei der Retention noch keine volle Klarheit herrsche: Weder Mittellappen noch Hypertrophie allein für sich reichen zur Erklärung aus, und sind nicht identisch mit dem Katheterhindernis. Bei den nicht unwesentlichen Klippen der perinealen Prostatektomie ziehe er die vesikale vor.

Doch habe der Bottini noch seine Indikationen: 1) bei deutlichen Schwierigkeiten der Entleerung im Blasenausgange, kurzer Prostata; 2) bei den schmerzhaften Sphinkterkrämpfen. Man solle nicht zu lange Inzisionen machen. Die Fälle, bei denen nach 8—10 Tagen etwas Inkontinenz eintritt, geben die beste Prognose.

Giordano (Venedig) spricht für die Bottini'sche Methode, die zum wenigsten 50% Heilungen ergebe, sich für jüngere Männer eigne, weil sie nicht die Potenz gefährde und im Notfalle wiederholt werden könne. Nur selten führt er die Ektomie aus, und zwar auf dem kürzesten Weg, auch bei Steinen: nämlich perineal.

Delagénière (le Mans) hat die perineale Ektomie 16mal mit fünf Todesfällen ausgeführt; sie ist also eine ernste Operation. Außerdem behielt ein Kranker eine Fistel, ein anderer eine Striktur; bei einem dritten blieb ein Stein zurück, der später mittels Sectio alta entfernt werden mußte. D. hat sich nun folgender Methode zugewendet: Vom Damme her wird die Ausschälung vorbereitet, dann transvesikal jeder Lappen durch besonderen Schleimhautschnitt entfernt, und diese mit je einer Pezzer'schen Sonde nach unten drainiert.

Frank (Berlin) wirft der Bottinioperation vor, daß die Wundränder nach der Inzision sich dachziegelförmig übereinanderlegen, und event. die Wundfläche nach Eliminierung des Brandschorfs sich doch infiziere.

v. Rydygier (Schlußwort) hat bei seiner Methode keine partielle Resektion im Auge, sondern will die Lappen in toto entfernt wissen. Nur das die Harnröhre einschließende Prostatagewebe erhält er.

II. Diagnose der chirurgischen Nierenkrankheiten.

1. Ref. Albarran (Paris). Die Vorlesung bzw. Resümierung der drei Referate fällt aus wegen Zeitmangels. Hier kann auf dieselben nicht verzichtet werden, zumal das von A. die volle Beachtung verdient. Seiner Disposition entsprechend sei das Wichtigste Punkt für Punkt erwähnt: 1) Beurteilung der Gesamt-Nierenfunktion. Es wird besonders der Wert der Kryoskopie besprochen und hervorgehoben, daß nicht die Nierenfunktion allein für den Gefrierpunkt des Blutes ausschlaggebend ist; Herzleiden, epileptische Anfälle, Diabetes drücken ihn herab; somit kann Δ niedriger als 0,58—0,60 nicht als Kontraindikation gegen chirurgische Eingriffe gelten; andererseits verbürgt $\Delta = 0{,}56$ die Nierensuffizienz nicht (Israel, Bernard, Wiebrecht). Bei der Methylenblauprobe deutet eine Ver-



zögerung der Ausscheidu[illegible]
eine minimale Zuckerabs[illegible]
Nierenfunktion nicht au[illegible]
Untersuchungen mit Zub[illegible]
24 Stunden, Eiweißbesti[illegible]
haben — von Belang.
solcher der Nachbarorg[illegible]
schiedensten Geschwülst[illegible]
schmerzhaften Nephropt[illegible]
steriles Wasser ins Becl[illegible]
geschieht meist bei 10[illegible]
mehr einbringen. 3) D[illegible]
entscheidet die Cystosk[illegible]
Frage, welche Niere erk[illegible]
suchung stoßen, ob ein[illegible]
kann ausreichend sein, [illegible]
sei; und andererseits v[illegible]
derart zu beeinflussen, [illegible]
Stickstoffausscheidung [illegible]
einer Niere wissen, daß [illegible]
die andere Niere gesun[illegible]
6) den funktionellen W[illegible]
es nötig, die Fragen n[illegible]
Nieren für sich? Wie [illegible]
die andere zu ersetzen? [illegible]
der Untersuchungen A.' [illegible]
hervorgehoben, daß im [illegible]
Schwankungen in der [illegible]
derten Urins arbeiten; [illegible]
läuft.

Um die Funktionst[illegible]
dient sich A. der küns[illegible]
Beobachtung der Aussc[illegible]
Niere sich gesteigerter [illegible]

2. Ref. Kümmell [illegible]
XXXIV. Kongreß der [illegible]
werden; er verteidigt s[illegible]
Blutes für die Nierenin[illegible]
fahrungen jeder Nieren[illegible]
erforderlichen technisch[illegible]
eines Nierensteinschatt[illegible]

3. Ref. Giordano [illegible]
empfehlende Erinnerun[illegible]
tastung in Trendelen[illegible]
diagnostischen Zwecke [illegible]
die Strangurie appendi[illegible]
den modernen Untersu[illegible]
Hilfsmittel betrachtet.

Diskussion: Ba[illegible]
Untersuchungsmethode[illegible]
Die frühzeitige Erken[illegible]
Unbequemlichkeiten.
wendigkeit der Harnl[illegible]
von Appendicitisreizun[illegible]
Legueu (Paris) [illegible]
auch die Kryoskopie [illegible]

[illegible]ng nicht mit Sicherheit Insuffizienz an, und ebenso schließt
[illegible]cheidung bei der Phloridzinprobe (0,005 subkutan) normale
[illegible]s. Somit ist nur ein übereinstimmendes Ergebnis dieser
[illegible]ilfenahme der chemischen Analyse — Gesamtharnstoff in
[illegible]mmung —, d. h. wenn alle ein gleichsinniges Ergebnis
2) Differentialdiagnose zwischen Nierenerkrankung und
[illegible]ane. Von den bekannten Verwechslungen mit den ver-
[illegible]en abgesehen sei nur hingewiesen auf A.'s Methode, bei
[illegible]osen ohne sonstigen Anhalt durch den Harnleiterkatheter
[illegible]ken zu injizieren, bis der Kranke Schmerz anzeigt. Dies
[illegible]15 ccm; bei Nephroptose mit Beckenerweiterung muß man
[illegible]ie Differentialdiagnose zwischen Blasen- und Nierenleiden
[illegible]kopie bzw. der Harnleiterkatheterismus, desgleichen 4) die
[illegible]krankt ist. 5) Auf große Schwierigkeiten kann die Unter-
[illegible]e oder beide Nieren krank sind; denn die Gesamtfunktion
[illegible]während beide Nieren krank, und jede für sich insuffizient
[illegible]vermag eine kranke Niere die andere, gesunde, funktionell
daß sie insuffizient erscheint, z. B. bei Karzinom, wo die
[illegible]herabgesetzt ist. Die Lehre (Tuffier): »wenn wir von
[illegible]ß sie krank ist, und die Gesamtfunktion ist normal, so ist
[illegible]nd«, in dieser Allgemeinheit ist falsch. Es ist erforderlich,
[illegible]Wert jeder Niere für sich zu bestimmen; und auch hier ist
[illegible]noch enger zu präzisieren: Wie funktioniert jede der beiden
[illegible]e im Vergleich zur andern? Wieweit ist die eine befähigt,
[illegible]n? Bei der Unmöglichkeit, auf die zahlreichen Einzelheiten
[illegible]'s einzugehen sei als wichtig bezüglich der Nierenphysiologie
[illegible]n allgemeinen die gesunde Niere alternierend, jede für sich mit
[illegible]Menge und Dichtigkeit des in gleichen Zeiträumen abgeson-
[illegible]; daß die Sekretion der kranken monoton, gleichmäßig ver-

[illegible]stüchtigkeit einer Niere am besten beurteilen zu können, be-
[illegible]stlichen Polyurie. Die über mehrere Stunden ausgedehnte
[illegible]scheidung gestattet einen recht sicheren Schluß, wie weit die
[illegible]r Anforderung anzupassen vermag.

[illegible]l (Hamburg). Die Ausführungen des Ref. können als vom
[illegible]r Deutschen Gesellschaft für Chirurgie bekannt vorausgesetzt
[illegible]seinen Standpunkt bezüglich der Sicherheit der Kryoskopie des
[illegible]insuffizienz; doch sei noch hinzugefügt, daß nach seinen Er-
[illegible]nstein auf einer guten Röntgenplatte bei Beobachtung der
[illegible]chen Maßnahmen sichtbar wird, daß andererseits beim Fehlen
[illegible]tens kein Konkrement vorhanden ist.

[illegible]o (Venedig) bemüht sich, die klinische Nierendiagnostik in
[illegible]ng zu bringen, wobei er auf die von ihm beschriebene Nieren-
[illegible]nburg'scher Lage, sowie die Massage des Nierenbeckens zu
[illegible]ken hinweist. Die nervösen Einflüsse auf die Nierensekretion,
[illegible]diculaire, die Druckpunkte auf Harnleiter usw. (Bazy) werden
[illegible]suchungen entgegengehalten, die G. lediglich als diagnostische
[illegible]et.

[illegible]Bazy (Paris) schließt sich in der Betonung der alten klinischen
[illegible]den, zu deren Ausbau er manches beigetragen, Giordano an.
[illegible]ennung sei das Ideal, sowie größter Heilerfolg mit geringsten
Weist hin auf die Polakiurie nocturne bei Pyelitis, die Not-
[illegible]nleiterpalpation, den »Point parombilical« zur Unterscheidung
[illegible]ungen.

[illegible]) spricht der klinischen Untersuchung die große Bedeutung ab;
[illegible]ie des Blutes genüge nicht. Wohl sei der Harnleiterkatheteris-

mus die sicherste Untersuchungsmethode, doch genüge die Separation des Urins in der Blase völlig für die Praxis. In etwa 53 Fällen hat er damit ganz eindeutige Resultate erzielt. In 12 anderen, die nicht genügten, hat auch der Harnleiterkatheterismus nichts Besseres ergeben.

Kapsammer (Wien) hält die Untersuchung mittels Harnleiterkatheterismus für die ideale und verfügt über 800 Untersuchungsergebnisse. Die Separation mit Harnscheidern sei ein Verlegenheits-, kein Auskunftsmittel, und leiste nichts bei kranker Blase. Die bisher üblichen klinischen Methoden gestatten keine Frühdiagnosen, seien also nicht mehr zeitgemäß. Im allgemeinen müsse man sagen: eine Funktionsstörung von gewisser Größe setze anatomische Schädigung voraus. Albarran's Methode der funktionellen Nierendiagnostik (künstliche Polyurie usw.) sei zu schwierig; für die Praxis genügt die Indigkarmin- und Phloridzinprobe. K. benutzt zur Einspritzung 0,01 Phloridzin und beobachtet — 10 Minuten danach beginnend — die Zuckerausscheidung. Es besteht eine direkte Proportion zwischen Läsion und Eintritt der Ausscheidung. Nur die parenchymatöse Nephritis macht eine Ausnahme.

Hannecart (Brüssel) legt besonderen Wert auf die radiographische Untersuchung, die ihm 14mal positive Resultate ergab in 39 Fällen; die Kranken nehmen den Vorschlag zur Operation leichter an. Fehler lassen sich durch Wiederholung der Aufnahme vermeiden.

Hartmann (Paris) hält Legueu und Bazy für extrem: beide — Klinik und moderne Untersuchungstechnik — seien nicht zu vernachlässigen.

Er hebt die Wichtigkeit der Untersuchung in Trendelenburg'scher Lage, des Ballotement, der Röntgenoskopie hervor, deren negative Ergebnisse allerdings nichts für die Steindiagnose besagen. Im übrigen hält er sich an die in 300 Fällen erprobte Harnscheidung nach Injektion von 0,01 Methylenblau $1^1/_2$ Stunde vor der Untersuchung. Die Separation gibt durch Färbung, chemische Analyse und mikroskopische Untersuchung genügenden Aufschluß über die Funktion der Nieren, wie seine 120 Nephrektomien ohne Nierentod beweisen.

III. Sitzung am 20. September 1905.

Chirurgie der gutartigen Magenleiden.

1. Ref. Monprofit (Angers): Unter Hinweis auf die zahlreichen Publikationen von ihm selbst und seinen Schülern (ca. 36) über Magenchirurgie entwickelt Ref. seine Indikationsstellung für die etwa 20 verschiedenartigen, bisher am Magen wegen nicht bösartiger Erkrankung ausgeführten Eingriffe; jedem Abschnitte wird eine kurze geschichtliche Einleitung vorausgeschickt, aus der Zahl der Eingriffe und Erfolge früherer Operateure und einzelner Methoden ersichtlich sind. Mehrfach sind tabellarische Übersichten eingefügt; auch eigene Krankengeschichten sind eingeflochten.

Der Inhalt des Berichtes ist fast rein technischer Natur, kritisiert die einzelnen Operationsverfahren, z. B. der Gastroplikatur, der Verkürzung des Omentum minus bei Gastroptose, für die M. die Fixation an der vorderen Bauchwand, event. mit Gastroenteroanastomose empfiehlt; fast ein Drittel der Arbeit ist der Gastroenteroanastomose gewidmet, die M. für eine Reihe von verschiedenen Leiden — von der chronischen Dyspepsie bis zur Dilatatio ventriculi mit und ohne Stenose — etwa 200mal ausgeführt hat. Er übt fast nur die Roux'sche (Y-)Methode, in verschiedenen Modifikationen, ausschließlich mittels Naht, und schließt mit dem Satze:

»Die Magenerkrankungen sind fast alle chirurgischer Behandlung zugänglich; die Gastroenteroanastomie paßt für die Mehrzahl der Magenleiden; ihre Heilung erfolgt schneller durch Operation als durch interne Behandlung. Die frühzeitige und entschiedene Ausführung operativer Heilung schützt am besten vor bösartiger Erkrankung.«

2. Ref. Mayo Robson (London) kann auf Grund einer reichen Erfahrung — er hat ca. 500 Magenoperationen ausgeführt — etwa folgende Thesen aufstellen:



Die Gastroenteroanastomie
entkalkten Knochen aus
keit — ca. 3;7% — und
besonders angezeigt bei ch
bei Blutungen und Pyloru
erlaubt, monate- und jahre
wodurch nur die Entstehu
von Geschwüren begünsti
etwa 25% der Kranken tö
Operierten weiterhin diä
enteroanastomose wenig
schwür, sei es durch Trau
zeitigkeit des Eingriffes.

3. Ref. Rotgans (A
ungen über die Ätiologie
nichts für die pathogene B
Alkoholismus, schlechte I
obwohl die Frauen mehr
zur Operation (19 : 49),
Unkenntnis bezüglich der
da Geschwüre häufig meh
gegen die Komplikatione
Der Rat Moynihan
beweglich sind, ist mit de
ältere Geschwüre lassen
Die operative Behan
stomie; seit 1897 übt R.
Es folgen eine Reih
Einzelheiten, z. B. einer F
die von Heilung auf die
Die operativen Erfol
fälle, 80% Dauerheilunge

4. Ref. Mattoli (A
Arten der Stenose — a
Behandlung nach den ver
Reihe nach sämtliche fü
erkrankungen bezüglich d
Entgegen den beiden
mittels Gastroenteroanast
Pylorospasmus mit Fissu
gestattet Gastrogastrostor
anastomose angezeigt, die
werden müßte; M. fügt
Schließlich verteidigt er
sie das Ulcus pepticum b

5. Ref. v. Eiselsbe
Schädigung, weshalb sei
Operateure. Geschwüre
zur Heilung führte. Pyl
Eingriff; sie schützt wed
Besorgnis vor späterem
Narbe entwickeln kann;
sich neue. Bei ausgedel
stellung verlangt, bei Li
Von großer Wichtig
verhalten habe; v. E. rä

...o — er führt sie nach v. Hacker mit Zuhilfenahme von
... ist zurzeit eine Operation, die mit geringer Sterblich-
...meist gutem Erfolg ausgeführt werden kann. Sie ist
...hronischem Magengeschwür, wo sie 92% Heilungen erzielt,
...usstenose. In all diesen Fällen ist es daher nicht mehr
...elang die Kranken mit interner Medikation zu behandeln,
...ung ernster Folgen, besonders die bösartige Umwandlung
...igt wird, bzw. die ernsten Komplikationen des Geschwüres
...öten werden. Natürlich müssen die wegen Magengeschwür
...it leben. Bei atonischer Dilatation erzielt die Gastro-
...Gutes. Bei Perforationen des Magens, sei es durch Ge-
...umata, steht der Erfolg in direktem Verhältnis zur Früh-

...Amsterdam) beginnt mit der Erläuterung seiner Anschau-
...e des Geschwüres. Die Tierexperimente Talma's haben
...Beteiligung des Vagus ergeben. Konstitution, Neurasthenie,
...Bezahnung (Abrasio dentium) konkurrieren als Ursachen;
...r mit Geschwür behaftet sind, kommen Männer häufiger
...was für den Nachteil der Exzesse spricht. Bei unserer
...er Ätiologie kann die Behandlung nur symptomatisch sein;
...ehrfach auftreten, wird der chirurgische Eingriff sich mehr
...en zu wenden haben.
...n's, Geschwüre frühzeitig zu exstirpieren, solange sie noch
...der Ungefährlichkeit der Exzision nicht genügend begründet;
... selten die Entfernung zu.
...ndlung besteht demnach vorwiegend in der Gastroentero-
..., die Gastroenterostomia Y anterior (Wölfler II).
...ihe von Krankengeschichten mit zahlreichen interessanten
... Resectio ventriculi totalis wegen »Endogastritis obliterans«,
... Dauer eines Jahres gefolgt war.
...folge R.'s bei Gastroenterostomie sind günstig: 5% Todes-
...gen.

...(Ascoli Picena) geht etwas näher ein auf die seltenen
... angeborene, tuberkulöse, syphilitische —, deren bisherige
...erschiedensten Methoden aufgezählt wird; dann werden der
...für operative Behandlung in Betracht kommenden Magen-
... des bestindizierten Eingriffes durchgesprochen.
...en vorausgehenden Ref. behandelt M. auch die Gastroptose
...astomie, wie er auch die Divulsio pylori (Loreta) bei
...ur noch anerkennt. Sanduhrmagen mit weitem Pylorus
...omose oder -plastik; sonst ist auch hier die Gastroentero-
...ie nach dem Ausspruch eines italienischen Klinikers »populär«
...t mit Recht hinzu »aber erst bei den inneren Medizinern!«
...r die Gastroenteroanastomose en Y gegen den Vorwurf, daß
... begünstige.

...erg (Wien) hat nie operiert ohne nachgewiesene anatomische
...eine Statistik weniger brillant erscheint als die anderer
...e werden erst operiert, wenn die medikamentöse Kur nicht
...ylorusresektion bei Geschwür ist ein zu verantwortungsvoller
...eder vor Rezidiv noch vor späterem Durchbruch. Auch die
...n Karzinom ist nicht maßgebend, weil sich dieses auf jeder
...; schließlich rezidiviert das Geschwür selbst, oder es bilden
...lehntem, schwerem Geschwür, welches vollkommene Ruhig-
...Linitis, Cardiostenose, empfiehlt v. E. die Jejunostomie.
...tigkeit sei die Frage, wie man sich Blutungen gegenüber zu
...rät ab, während derselben die chirurgische Blutstillung zu

versuchen, da es meist nicht möglich ist, der Quelle habhaft zu werden; hingegen empfehle er, sofort nach spontanem Aufhören der Blutung zu gastroenterostomieren oder auszuschalten; er stellte diese Frage zur Diskussion. Folgt seine Statistik.

6. Ref. Jonnesco (Bukarest) verweilt zuerst bei der klinischen Besprechung der chirurgischen gutartigen Magenleiden, speziell dem Pylorospasmus, den er als Folgezustand der Hyperazidität betrachtet. Bezüglich der Stenosen mit noch floridem Geschwür und Verdacht auf beginnende Entartung ist er eifriger Anhänger der Resectio pylori; die Resultate — jetzt vielleicht noch nicht glänzend — würden sich bei einfacherer Technik bessern. Die Gastroenterostomie eignet sich für die meisten hartnäckigen Affektionen; J. führt sie nach v. Hacker ohne jegliche mechanische Unterstützung (Knopf, Platten) aus. Da die Internen uns keine Indikationen stellen und die Kranken zu spät dem Operateur zuführen, ist dieser genötigt, sie sich selbst zu wählen, jedenfalls aber frühzeitig.

Diskussion: Hartmann (Paris) teilt die Erfolge seiner 121 Magenoperationen bei gutartigen Affektionen mit; zuerst 6 Pylorektomien mit 1 Todesfall; dann 108 Gastroenteroanastomosen mit stetig kleineren Verlusten (seit 1903 nur 6% gegen 23% bis 1899). Nicht wenig trägt dazu bei, daß Redner jetzt von inneren Klinikern auch Kranke zugeführt bekommt, die noch nicht kachektisch sind: so erreicht er etwa 90% gute Dauererfolge, ohne daß strenge Diät nötig sei. Es könne sich nicht darum handeln, alle mit chronischen Dyspepsien Behafteten zu operieren, besonders nicht nervöse Dyspepsien; sichere Diagnose sei Bedingung. Hingegen gebe nachgewiesene Stenose — ob eng oder nicht — bestimmte Indikation ab. Kleine oder foudroyante Blutungen operiere er nicht: die einen heilen doch, die anderen doch nicht; wiederholte Blutungen sind ein dankbares Objekt. H. zieht die Gastroenteroanastomose nach v. Hacker ohne Instrumente allen anderen Methoden vor.

Lambotte (Antwerpen) zieht im allgemeinen der Gastroenteroanastomose auch für gutartige Leiden die Pylorektomie vor. In 167 operierten Fällen hat er 83mal diese Operation, verbunden mit Cholecystektomie und Gastropexie, ausgeführt mit einer Gesamtmortalität von ca. 10%.

Garrè (Breslau) entschließt sich zur Resektion des Pylorus nur bei Karzinomverdacht; Blutungen operiert er bislang nach wiederholten inneren Kuren, denkt jedoch jetzt früher einzuschreiten; er begnügt sich mit der Gastroenteroanastomose, wobei er genaue Schleimhautnaht ausführt, die, wie er glaubt, gegen Ulcus pepticum schützt; er hat es wenigstens bei seinen 77 Gastroenteroanastomien nie gesehen. An 117 Pat. hat er etwa 123 Magenoperationen ausgeführt mit etwa 6,4% Todesfällen. Gastroplikatur und Pyloroplastik hat er verlassen, die Jejunostomie 5mal ausgeführt.

Cardenal (Barcelona) erläutert ausführlich mit Tafeln die Gastroduodenostomie nach Petersen mit senkrecht gestellter Fistelöffnung und rühmt ihre Vorteile.

Sinclair White (Sheffield) meint, daß die vordere Gastroenteroanastomose auch manchen Vorteil biete durch die Schnelligkeit der Ausführung; notwendig sei nur, sie am tiefsten Punkte der Kurvatur anzulegen.

Ricard (Paris) beschränkt sich auf die Besprechung der Geschwürstherapie; die medikamentöse müsse erst vorausgehen; das Geschwür werde erst chirurgisch durch Rezidiv, Torpidität usw. Er wollte früher systematisch die Resektion des Geschwüres durchführen, verlor jedoch drei von zehn Kranken. Will man gründlich sein, keine kranke Schleimhaut zurücklassen, die den Boden für neue Geschwüre abgibt, müsse man oft viel Magenwand opfern; es erscheine erst 5francsstückgroß, nachher habe man einen Substanzverlust vor sich, der die bizarrste Magenform bedingt, die nicht funktioniert. Die Gastroenterostomie ist ausreichend, nur mache man die Öffnung breit — 3 cm etwa.

Rovsing (Kopenhagen) verteidigt seine Operationsmethode der Gastroptose. Man unterscheide die virginelle und die der Multiparae. Die ersten sind schmerzhafter, launenhafter. Nicht die Art der Nahrung, sondern die Menge beeinflußt



das Befinden am meisten
seinen 55 Gastropexierten
Die Bier'sche Idee,
aber man ziehe dadurch
schwach und dehne sich
und vordere Bauchwand,
ohne irgendwie seine Be
hat er erlebt. Die Lebe
lappen resezieren.

Kocher (Bern): Bei
wie Sinclair betonte,
Operation ist nicht gleic
neuropathische Magenlei
als Folge des Geschwüre
Anastomose an: »Wir ü
plizierte Geschwür; bei d
Chirurgen angehört in d
unseren Anteil entscheid

Segond (Paris) beri
Strangbildung nach der I
rigem Leiden gekommen
Magen um 90° gedreht.

Herczel (Budapest
v. Hacker, von denen
wurden mit einem Gesam
und Erfahrungen. Die f
— zweimal Tuberkulose
meist der Operation bei
verschlimmert werden.
für den Eingriff. Die F
mose ist nicht freiweg
Ulcus pepticum (Magen-I

Czerny (Heidelberg
Dickdarm erlebt. Ein
jedenfalls mehr als ohne
solchen gemacht mit 17j
pathisch gegenüber, wo s
und ist daher der v. H
blieben; zweimal hat er l
Erfolge dem glücklichen
Geschwüre nicht ohne v
und Gastroptose sind di
Schwierig ist die Indikat
tiefstand bestimmen den
Folgen noch einige

v. Rydygier (Lemb
Pylorektomie ausübt tro
mann's.

Loirthioir (Brüssel)
Pylorusstenose; sie sei h
Gastroenteritis; ein klein
genügt; Dilatation tritt
werde: daher häufiges E
er auf Finkelstein und
Gastroenteroanastomose u

Monprofit (Angers
wie gefahrlos man die

. Bei Multiparis kommt man aus mit Bandagen; unter
befinden sich nur acht.
das Mesenterium des Magens zu reffen, sei wohl logisch;
den Pförtner zur Cardia herüber, und das Band sei zu
wieder. R. legt drei Fäden etagenweise durch Serosa
wodurch der Magen hochgehalten werde — dauernd —
weglichkeit einzubüßen. Nur einen Todesfall an Ileus
r kann hinderlich sein; einmal mußte er einen Schnür-

i Ausführung der Gastroenterostomie ist die Hauptsache,
die Anlegung an tiefster Stelle. Auch die Methode der
gültig; K. sieht in der Gastroduodenostomie die beste für
iden. Findet er am Pylorus eine bewegliche Geschwulst
es, so führt er stets die Pylorektomie aus und schließt
überlassen im allgemeinen dem Internen das nicht kom-
der Abgrenzung des Gebietes, was dem Internen, was dem
der Therapie der Magenkrankheiten, müssen wir selbst
den.«

richtet ausführlich über einen Fall von Perigastritis mit
Leber zu, wo es zu krebsverdächtiger Kachexie nach 12jäh-
n war. Bei der Laparotomie erwies sich der ganz gesunde
. Durchtrennung des Stranges führte die Heilung herbei.

st): An der Hand von 151 Gastroenteroanastomien nach
59 wegen nicht bösartiger Magenkrankheiten ausgeführt
mtverluste von fünf Toten, bespricht H. seine Indikationen
fast ausschließliche Indikation war die gutartige Stenose
des Pylorus, einmal Blutlaugensalzätzung. H. enthält sich
i Spasmen und neurasthenischen Beschwerden, die eher
Abmagerung und Erbrechen sind nicht allein bestimmend
Frage der Heilung der Geschwüre nach Gastroenteroanasto-
mit »ja« zu beantworten. Blutungen, Perforationen und
—Dickdarmfistel) können eintreten.

g) hat dreimal Ulcus pepticum mit Durchbruch in den
Teil der Geschwüre heilt nach Gastroenteroanastomose;
e diese. 1882 hat er die erste elliptische Exzision eines
jährigem Nachleben. Er stehe dieser Operation also sym-
sie sich bietet. Im allgemeinen ist er gegen Systemwechsel,
Hacker'schen Methode, auch mit Murphyknopf, treu ge-
letzteren nachträglich entfernen müssen. Er verdankt seine
n Zusammenwirken mit inneren Kliniken. Bisher hat er
vorhergegangene interne Kuren übernommen. Bei Atonie
die Erfolge der Gastroenteroanastomose nicht erklecklich.
ationsstellung bei Blutungen. Rezidive und Hämoglobin-
n Eingriff.
die Technik und die Vorbereitung betreffende Angaben.

berg) erinnert daran, daß er bereits seit 25 Jahren die
otz der anfänglich niederschmetternden Kritik v. Volk-

el) berichtet über seine Erfahrungen betreffs der angeborenen
häufiger als man glaube, und segle unter der Diagnose
iner Trichter bleibe bestehen, der als Passage lange Zeit
t nicht ein, weil der Cardiaverschluß leicht überwunden
Erbrechen, keine Stühle, Marasmus. Im übrigen verweist
nd eigene spätere Publikation. Die operativen Resultate —
und Ektomie — sind schlecht.

rs) meint, die Mediziner wüßten noch nicht zur Genüge,
meisten Kranken durch Gastroenterostomie heilen könne.

Da sie sich meist nur darauf beschränkten, den Kranken zu erklären »das und das dürfen sie essen, jenes nicht«, müsse der Chirurg die Magentherapie für sich reklamieren.

Von seiten der Chirurgen werde immer und immer behauptet, die Gastroenteroanastomose nach v. Hacker sei eine vortreffliche Operation und gebe gute Resultate. Warum ändere man noch immer an der Methode? Ricard sage, man müsse die Fistel breit anlegen; breiter als die Lichtung des Jejunum kann sie doch nicht gemacht werden, denn das ist ja sinnlos. Die Gastroenteroanstomose en Y ist nach wie vor als die beste anzusehen.

Gerulanos (Athen) berichtet über einen Fall von Leiomyom des Pylorus, welches er submukös, mit einer Art Pyloroplastik verbunden, gut ausschälen konnte.

Sonnenburg (Berlin) ist der Meinung, daß er von jetzt ab früher operieren werde.

v. Eiselsberg (Wien): Bei Geschwür bleibe im allgemeinen die Gastroenteroanastomose die Operation der Wahl; er ist der v. Hacker'schen Methode treu geblieben, ohne sie zu modifizieren. Natürlich lasse er keine Geschwulst stehen und habe elfmal mit zwei Todesfällen ektomiert. Die Gastrolyse sei unzureichend.

Christel (Metz).

(Schluß folgt.)

---

19) **André.** De la prostatectomie sécondaire à la cystostomie.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1905. Septembre 1.)

Verf. berichtet über drei Prostatiker zwischen 65 und 70 Jahren, bei denen er nach vorausgegangener Cystostomia suprapubica die sekundäre perineale Prostatektomie vorgenommen hat. Der Zwischenraum, der zwischen beiden Operationen lag, betrug 2 Monate, 1 und 2 Jahre. Bei allen drei Kranken war der Erfolg der Prostatektomie sehr günstig. Unter 24 Prostatektomien, die Verf. vorgenommen hat, sind diese Fälle die einzigen sekundären Operationen. Die Radikaloperation ist dann angezeigt, wenn sich nach ausgeführtem hohen Blasenschnitte der allgemeine Kräftezustand und der lokale Zustand der Blase so bessern, daß die Exstirpation der Prostata günstige Aussichten bietet. **Paul Wagner** (Leipzig).

20) **Eugenia Similew.** Su di un caso di ureterita cistica.

(Policlinico 1905. Nr. 8. Ser. chir.)

Verf. beschreibt sehr ausführlich den anatomischen und mikroskopischen Befund eines Falles von Ureteritis cystica. Die Entstehung aus den v. Brunn'schen Inseln war sehr deutlich nachzuweisen. Die Cysten entstehen aus diesen durch Wucherung und zentrale Degeneration der hyalinen und amorphen Bildungen in dem Cysteninhalte, sind degenerativer Herkunft, nicht Parasiten. Die kleineren Cysten zeigen noch mehrschichtiges, die großen einschichtiges niedriges Epithel. In der Schleimhaut sind entzündliche Veränderungen, kleinzellige Infiltration und zahlreiche Russel'sche Körperchen nachzuweisen. Die klassischen Formen, die am reichsten in den tiefen Schleimhautschichten und der Muscularis des Harnleiters sind, zeigen sich degeneriert. Damit hängt die Erweiterung des Harnleiters und Nierenbeckens zusammen, als deren Folge sich in einer an sich arteriosklerotisch erkrankten Niere Hydronephrose mit Bindegewebsvermehrung entwickelt hat. Als Ursache der Cystenbildung wird ein entzündlicher Vorgang angesehen, der zur Wucherung der Brunn'schen Nester führt. Doch bestreitet Verf. nicht, daß event. auch andere Ursachen den gleichen Erfolg haben können. Für ihren und ähnliche Fälle hält Verf. sich berechtigt, von einer wahren Ureteritis — cystica — zu sprechen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

21) **K. W. Monsarrat.** Über Strikturen des Ureters.

(Wiener med. Presse 1905. Nr. 33.)

Mitteilung dreier Fälle von Harnleiterstriktur. Bei zwei Kranken konnte die Striktur von dem eröffneten Nierenbecken bzw. von der Blase aus stumpf erweitert



werden. In einem dritten Falle machte Verf. mit Erfolg eine plastische Operation: er brachte nach dem Vorgange von Mynter den Harnleiter durch eine schlitzförmige Öffnung mit dem Nierenbecken in Verbindung.

Den Schluß bildet ein kurzes Literaturverzeichnis von 33 plastischen Operationen, die zur Heilung der Hydronephrose vorgenommen wurden.

Paul Wagner (Leipzig).

22) **P. Thorndike** (Boston). Cases illustrating a few points in the operative treatment of renal calculus.

(Amer. journ. of surgery 1905. September.)

In zwei Fällen wurden aus den vereiterten Nieren bei sehr herabgekommenen Männern große Steine entfernt, aber wegen der Schwäche der Pat. die Nieren daringelassen. Unter Fistelbildung, die kaum Beschwerden machte, Heilung, so daß weitere Operation verweigert wurde. T. ventiliert im Anschluß hieran die Frage, ob es recht gewesen sei, auf die Totalexstirpation zu verzichten und bejaht sie. An zwei anderen Fällen demonstriert er die diagnostische Inzision der Nieren zwecks Steinextraktion bei — auch nach Röntgenographie — zweifelhafter Diagnose. Zur Vermeidung der Blutung hierbei, bei mangelnder Zugängigkeit des Hilus, schlägt er Matratzennähte durch die Nierensubstanz und Befestigung von Gazepolstern durch dieselben vor, die nach 24 Stunden entfernt werden.

Goebel (Breslau).

23) **H. Reque.** Cystic kidney and liver.

(Med. news 1905. August 5.)

Verf. beschreibt sieben Cystennieren, von denen zwei Fälle mit Cystenlebern vergesellschaftet waren. Diese beiden Fälle führt Verf. auf Cystadenombildungen zurück nach dem Vorbilde von Nauwerk und v. Kahlden.

Noch zwei weitere Theorien ergänzen die Genese der Cystenniere: die der Auffassung als Retentionscysten und diejenige, welche die Cysten aus verbildeten Urnieren hervorgehen läßt. Zu den beiden letzten Theorien nimmt Verf. mit Rücksicht auf seine Fälle keine Stellung.

Hofmann (Karlsruhe).

24) **K. Hess.** Multiple Fibromyome der Nierenkapsel.

(Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. 7. Suppl. 1905.)

Ulrich hat 1901 50 Fälle von Nierenkapselgeschwülsten zusammengestellt: 29 Lipome und Myxome, 16 Sarkome, 5 Fibrome, Myome oder Fibromyome. Diesen Beobachtungen reiht Verf. einen sehr seltenen Befund von multiplen Fibromyomen der fibrösen Nierenkapsel beider Seiten an, der sich bei der Sektion einer 63jährigen Frau fand, die nach der Unterbindung der Subclavia wegen Aneurysma plötzlich an Lungenembolie zugrunde ging. In den Kapseln beider Nieren fanden sich zahlreiche, bis bohnengroße Knötchen, die in der Hauptsache aus glatten Muskelfasern bestanden. Der rechten Niere saß kappenförmig ein großes Fibromyom auf, das selbst Nierenform hatte, aber sehr viel größer als die Niere war. In dieser Geschwulst, die jedenfalls als die älteste aufzufassen ist, überwog das fibröse Gewebe. Die Myombildung ist unzweifelhaft von der Muscularis der Gefäße ausgegangen.

Paul Wagner (Leipzig).

25) **A. Magrassi.** La cura radicale ambulatoria dell' idrocele.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1905. Nr. 106.)

Verf. hat das Verfahren der Karbolsäureinjektion bei Hydrokele von Levis an 13 Fällen mit ständigem Erfolg erprobt. Er injizierte 3—5 ccm einer konzentrierten alkoholischen Karbolsäurelösung. Bei Kindern will er der häufigen kommunizierenden Hydrokelen wegen das Verfahren nicht angewendet wissen, ebensowenig, wenn der Hode nach der Punktion sich nicht als gesund erweist.

Dreyer (Köln).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 48. Sonnabend, den 2. Dezember. 1905.

Eine typische Erkrankung der Achillessehne.

Von

A. Schanz in Dresden.

Ich bitte in einer kurzen Mitteilung auf eine Affektion hinweisen zu dürfen, welche ich, soweit mir die Literatur zugängig, nicht beschrieben finde. Es handelt sich um eine schmerzhafte Anschwellung der Achillessehne, welche sich im Anschluß an übermäßige Inanspruchnahme dieser Sehne enwickelt.

Die Patienten kommen mit der Angabe, daß sie an Schmerzen über der Ferse leiden, daß diese Schmerzen entweder nur oder doch hauptsächlich beim Gehen auftreten; das Leiden habe sich im Anschluß an eine Radtour, Bergpartie, längeres Schlittschuhlaufen oder dgl. bemerkbar gemacht, oder nach einem Abrutschen des nur mit der Spitze aufgesetzten Fußes von einer Treppenstufe. Am Gang des Patienten fällt auf, daß das Abrollen des Fußes vermieden wird; die Patienten hinken entweder deutlich, oder sie gehen mit stark auswärts gesetzter Fußspitze. Diese Erscheinung wird deutlicher, wenn der Patient barfuß geht, sie verdeckt sich mehr beim Tragen eines mit hohem Absatz versehenen Stiefels. Unter denselben Bedingungen werden die Schmerzen stärker oder geringer.

Untersucht man, so gibt der Patient als Sitz der Schmerzen nicht — wie bei der Achillodynie Albert's — den Ansatzpunkt der Sehne, sondern die Sehne selbst als Sitz der Schmerzen an.

An der von dem Patienten bezeichneten Stelle findet sich eine spindelförmige Verdickung der Sehne. Die Verdickung ist bald kürzer, bald länger, bald dünner, bald dicker, je nach der Schwere der Affektion. Ebenso wechselt der Grad der Druckempfindlichkeit, die aber jedesmal deutlich zu konstatieren ist.

Dieser Befund ist von dem für die Achillodynie charakteristischen deutlich unterschieden: dort ist die Ansatzstelle der Sehne der Sitz der Schmerzen; erkrankt ist die Bursa subachillea; bei meinen Fällen ist die Ansatzstelle und die Bursa schmerzfrei und gesund. Erst oberhalb des Endstückes der Sehne beginnt die Verdickung; sie verschwindet, wo sich die Sehne zum Übergang in den Muskel verbreitert.

Ob es sich um eine Verdickung der Sehne selbst handelt oder etwa um Auflagerungen, welche mit der Sehne unverschieblich verbunden sind, kann ich nicht entscheiden, da ich noch nicht Gelegenheit zu einer Autopsie hatte. Nach Befund und Ätiologie glaube ich das erstere annehmen zu können. Ich glaube, daß es sich um einen entzündlichen Prozeß in der Sehne infolge übermäßiger Inanspruchnahme auf Dehnung handelt.

Was die Häufigkeit des Vorkommens anbetrifft, so sind diese Fälle gar nicht so selten; ich habe sie sicher häufiger gefunden als die Albert'sche Achillodynie.

Die Behandlung ist einfach und erfolgreich. Man muß die Achillessehne vor der Dehnung, welche das Gehen bedingt, schützen. Das läßt sich durch einen Heftpflasterverband leicht erreichen. Bei leicht plantarflektiertem Fuß wird ein breiter Heftpflasterstreifen, vom Zehenansatz beginnend, über Fußsohle und Ferse bis über die Wade herauf gelegt. Dieser Streifen wird durch zirkuläre Heftpflasterstreifen und eine Mullbinde fixiert. Mit diesem Verbande geht der Patient in einem gutsitzenden Schnürstiefel mit nicht zu niederem Absatz sofort ohne Schmerzen. Erhält man den Verband, so ist in 2—3 Wochen Schmerz und Schwellung verschwunden.

Wenn ich zum Schluß noch einen Namen vorschlagen darf, so

möchte ich die Bezeichnung Tendinitis achillea traumatica empfehlen.

---

1) **E. Lexer.** Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie zum Gebrauche für Ärzte und Studierende. II. Bd. 474 S., 2 farb. Taf. u. 215 Abb.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1905.

Innerhalb Jahresfrist, wie im Prospekt in Aussicht gestellt war, ist der zweite Band, zugleich als Abschluß des ganzen Werkes, dem ersten gefolgt.

Er umfaßt den 3.—7. Abschnitt, in welchen Nekrose (3), Verletzungen der Weichteile, Knochen und Gelenke und deren Behandlung (4), sowie ihre chirurgisch wichtigen Erkrankungen mit Ausschluß von Infektionen und Geschwülsten (5), die Geschwülste (6) und die Cysten (ohne die cystischen Geschwülste) (7) abgehandelt werden. Die Darstellung dieser wichtigen Gebiete ist in demselben Sinne wie beim ersten Bande (Referat s. d. Bl. 1904 p. 700) durchgeführt. Ein Vorzug derselben ist es, daß die in Betracht kommenden operativen Maßnahmen bereits bei den einzelnen Krankheitsgruppen skizziert werden und nicht in eine besondere »Operationslehre« zusammengefaßt sind. Es wird dadurch die Übersichtlichkeit gefördert, manche Wiederholung und überflüssiges Nachschlagen erspart. Daß in dem Buch eine allgemeine Verbandlehre fehlt, kann bei den vorhandenen guten Handbüchern über diesen Teil der Chirurgie als ein Mangel nicht gelten.

Ihrer Bedeutung entsprechend nimmt die Geschwulstlehre fast die Hälfte des Bandes ein. In der Einteilung zu den Geschwülsten folgt L. in der Hauptsache der von Ribbert gegebenen Übersicht. Eine gute Anleitung besonders für den Studierenden gibt das Kapitel über »Geschwulstdiagnose im allgemeinen«, in welchem ein genau ausgearbeiteter Untersuchungsgang und Beispiele dazu mitgeteilt werden. Auch die für den Praktiker wichtige Behandlung inoperabler Geschwülste ist nicht vergessen. Bei der Besprechung der einzelnen Geschwulstarten ist besonders die große Zahl guter und charakteristischer Abbildungen ($^3/_4$ des ganzen Bandes und die Tafeln), die die Anschaulichkeit wesentlich erhöhen, hervorzuheben. Manche von ihnen, vorzüglich die Angiome, würden allerdings durch farbige Darstellung eindrucksvoller werden.

Im letzten Abschnitte stellt L. die nicht zu den echten Geschwülsten gehörigen Cysten zusammen.

Klare Definitionen der allgemeinen Begriffe, eine glückliche Abgrenzung des Stoffes unter Vermeidung alles überflüssigen Theoretischen, Vertretung eines auf die modernen Errungenschaften der Chirurgie gegründeten und in eigener Erfahrung erprobten Standpunktes, sowie Hervorhebung alles praktisch Wichtigen zeichnen das vom Ver-

lage vortrefflich ausgestattete Werk aus und sichern ihm einen ehrenvollen Platz unter den neueren chirurgischen Lehrbüchern.

Gutzeit (Neidenburg).

---

2) **E. Tavel.** Chirurgische Infektion und deren Prophylaxe. (Moderne ärztliche Bibliothek, herausgegeben von Karewski, Hft. 22 u. 23.) Berlin, **Leonhard Simion Nachf.,** 1905.

Der bekannte, als Chirurg und Bakteriologe bedeutende Verf. gibt hier eine anregende, frisch geschriebene Schilderung der modernen Antisepsis und Asepsis, teils in praktischer Hinsicht — und hier vielleicht etwas subjektiv gefärbt —, teils in theoretischer Beziehung unter Zugrundelegung der modernen biologischen und bakteriologischen Anschauungen und Untersuchungen. Unter den Faktoren der Wundinfektion (I. Teil) unterscheidet er die Kontamination der Wunden (Luft-, Kontakt-, Auto- und hämatogene Infektion), die allgemeine und örtliche Disposition (Implantations-, Retentions- und Läsionsinfektion) und endlich die Virulenz der Infektionserreger. Der II. Teil behandelt die Faktoren der Aseptik und Antiseptik. Hervorheben möchte Ref. nur einige Punkte, z. B. die Empfehlung, über den Gummihandschuhen noch Zwirnhandschuhe zu tragen. T. will Handschuhe nur bei septischen Operationen zum Schutze der Hände angewandt wissen. Für Sterilisation der Messer wird 1/4stündiges Kochen in 2%iger Boraxlösung oder Abreiben mit 5%iger Lysollösung empfohlen. Das Unterbindungsmaterial soll antiseptisch, darf aber nicht zu intensiv mit dem Antiseptikum imprägniert sein. Daher soll die sterilisierte Seide z. B. trocken aufbewahrt und erst kurz vor der Operation wieder in Sublimatlösung gelegt werden. Die von Orlandi und Poppert hervorgehobene eiterregende Wirkung des chemisch differenten Catguts kommt nach Verf. nur bei oberflächlichen Nähten und Ligaturen in Betracht, bei versenkten tieferen Ligaturen sei die durch das Catgut verursachte Nekrose zu unbedeutend, um Eiterung zu verursachen. Ref. vermißt unter der angeführten Methoden der Catgutzubereitung die gewiß praktische und zuverläßige Cumolpräparierung nach Krönig. Zur Irrigation, deren ausgesprochener Anhänger T. ist, hält er seine Salz-Sodalösung für das Zweckmäßigste, weil sie schneller als physiologische Kochsalzlösung sterilisiert werden kann, steril bleibt und physiologische Vorteile besitzt. Zur Prophylaxe der operativen Autoinfektion hält er den Beginn der lokalen Vorbereitung schon am Tage vor der Operation für nötig. Er bedeckt das mechanisch gereinigte Operationsgebiet mit einer schwach antiseptischen Kompresse (1/2%iger Lysollösung). Ob Verf. hier nicht die event. entstehenden Ekzeme unterschätzt, scheint Ref. fraglich, ebenso ob er nicht zu weit geht in der regionären Desinfektion, die sich z. B. beim Knie auf das ganze Bein erstrecken soll. Unter den bakterienentwicklungshemmenden Mitteln könnte Jodoform noch angeführt werden. Für die Bedeckung der Nahtlinie wird Vioformgaze, wie auch sonst anstatt Jodo-

form, warm empfohlen. Weshalb Dauerverbände ganz abgeschafft werden sollen, ist Ref. nicht ganz verständlich.

Unter den Retentionsinfektionen versteht Verf. außer den Hämatomen auch die »Serome«, die er hauptsächlich nach Drüsenoperationen und nach Operationen an Gelenken auftreten sah; für ihre Behandlung empfiehlt er Karbolwaschungen. Die Gelatine wendet T. am Ende fast jeder Operation zur Vermeidung von Hämatomen an, so z. B. bei der Bauchwandnaht: Naht des Bauchfells, Eingießen von einigen Kubikzentimetern flüssiger Gelatine während der Fasciennaht, dann nochmalige Irrigation mit Salz-Sodalösung, Abtrocknung mit Tupfern, nochmaliges Eingießen von Gelatine, Fettnaht, Hautnaht.

Wenn Verf. »das sehr schnelle Operieren nie imponiert hat, das auch beim Gewandtesten nur auf Kosten der Genauigkeit ausgeführt werden kann«, so möchte Ref. doch daran erinnern, daß das schnelle Operieren in bezug auf die dadurch bedingte Abkürzung der Narkose nicht ganz verworfen werden dürfte.

Bei der Anführung der für die Einführung der Asepsis verdienten Autoren hätte wohl auch der Name Neuber erwähnt werden können.

Die Faktoren der physiologischen Autoantiseptik schildert T. vom ausschließlich bakteriologischen Standpunkt; im besonderen steht er in der Frage der Phagocytose ganz auf seiten Metschnikoff's.

Einen Irrtum des Verf.s möchte Ref. noch rektifizieren. Wenn T. schreibt: »Soweit zu gehen und aus dem Operationsraume nach dem Vorschlage von Sauerbruch eine hermetisch geschlossene Kammer zu machen, werden wohl wenige Chirurgen sich entschließen«, so hat er vergessen, daß die Sauerbruch'sche Kammer ganz anderen Zwecken dient, als dem, eine Luftinfektion der Wunden zu vermeiden.

Die angeführten kurzen Auszüge zeugen von der Vielseitigkeit und Vollkommenheit der schönen Arbeit, die nicht nur dem praktischen Arzte, sondern vor allem dem Fachchirurgen, Gynäkologen, Ophthalmologen, und nicht zum wenigsten dem Hygieniker einen prächtigen Überblick über die Fragen des gestellten Themas gibt und deshalb zur Lektüre angelegentlichst empfohlen sei. **Goebel** (Breslau).

---

3) **C. Lenormant.** Les troubles de croissance dans les exostoses ostéogéniques et les chondroms des os.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 3.)

Bei multipler Exostosenbildung bestätigt der Verf. unter Anführung einiger neuerer, darunter auch eigener Beobachtungen im wesentlichen die Bessel-Hagen'schen tatsächlichen Feststellungen über die dabei beobachteten Wachstumsstörungen in der sehr großen Mehrzahl der Fälle, allerdings nicht in dem von Bessel-Hagen angenommenen regelmäßigen und geraden Verhältnis zwischen Menge und Umfang der Auswüchse zu der Größe der Wachstumsstörung. Die Körpergröße bleibt zurück, zwischen den zu kurzen Gliedmaßen und dem regelrecht wachsenden Rumpfe entsteht ein Mißverhältnis,



und die sich ent [illegible] tsprechenden Gliedabschnitte werden ungleich lang. Mit besonderer V [illegible] Vorliebe werden Wadenbein und Elle, die letztere in geradezu bezeichn [illegible] nender Weise betroffen, deren Verknöcherung dann zu den bekannten [illegible] en Umbiegungen der Glieder und Verschiebungen im Gelenk führt. D [illegible] Dieselben Wachstumsstörungen finden sich nun auch bei den bisher no [illegible] noch nicht genügend daraufhin beachteten Enchondromen. Sind die [illegible] dieselben mit kartilaginären Exostosen vergesellschaftet, wofür Verf. sieben [illegible] ben Beispiele aus der Literatur anführt, so würden sich jene ja schon [illegible] on dadurch halbwegs erklären. Daß aber die Enchondrombildung an si [illegible] sich und ganz allein ebenfalls mit Wachstumsstörungen einhergeht, dafür [illegible] ir zeugen sieben Fälle aus der Literatur und eine eigene Beobachtun [illegible] tung, an denen Verf. den Nachweis der unmittelbaren Beziehung führt. [illegible] t. Auch hier spielen sich dieselben hauptsächlich an den betroffenen K [illegible] Knochen und wieder mit besonderer Vorliebe und mit ähnlichen Folgewir [illegible] wirkungen auf die benachbarten Gelenke an der Elle ab, welche auch [illegible] n für sich ganz allein unter der Wachstumhemmung leiden kann. Abe [illegible] ber bei den Enchondromen ist es nicht immer der mit den Auswüch [illegible] ichsen behaftete Knochen selbst, der im Wachstum leidet, sondern es [illegible] es ist ein anderer Skelettabschnitt desselben Gliedes, und die eigene Be [illegible] Beobachtung gibt dafür ein bezeichnendes Musterstück: das Enchondrom s [illegible] n saß am Ringfinger und verkürzt so wiederum die Elle. In der Untersuchu [illegible] chung bezüglich der Bildungsursache der Geschwülste und der Wachstu [illegible] tumsstörungen verwirft Verf. vollkommen die Theorie der rachitischen [illegible] Entstehung. Diese Bildungen stellen einen Typus für sich dar, welc [illegible] elcher mit den rachitischen und infektiös entstandenen Verbildungen nich [illegible] chts zu tun hat; natürlich kann aber Rachitis nebenbei noch gelegentlich [illegible] h im Spiele sein. Soweit hat Bessel-Hagen Recht, er hat aber nicht [illegible] cht Recht, wenn er annimmt, daß die Knochen- und Knorpelauswüchse [illegible] se die bedingende Ursache der Verkürzungen sind; alle drei Erschein [illegible] einungen sind vielmehr nebeneinander geordnete, voneinander unabhän [illegible] ängige Äußerungen des Grundleidens. Das Wesen des letzteren besteht [illegible] ht in einer regelwidrigen und fehlerhaften Knochenanbildung, welche [illegible] he dem Epiphysenknorpel zur Last fällt. Es kommt stellenweise zu ei [illegible] einer vorzeitigen Verknöcherung, oder seine Funktion ist sonst gestört, [illegible] t, oder es treten räumliche Verschiebungen auf. Mitten im neugebildeten [illegible] en Knochengewebe bleiben abgetrennte Fasern zurück, welche entweder s [illegible] r später verknöchern und Exostosen bilden, oder ohne Umbildung zu Ch [illegible] Chondromen auswachsen.

Herm. Frank (Berlin).

4) **Albers-Sch** [illegible] **hönberg.** Die Röntgentechnik. Lehrbuch für Ärzte und St [illegible] Studierende. Zweite umgearbeitete Auflage.

Hamburg, **Lucas Graefe & Sillem,** 1906.

Mit Riesensch [illegible] schritten ist seit dem ersten Erscheinen dieses Buches die Röntgentechni [illegible] hnik vorangegangen, und der Röntgenkongreß im Mai 1905 ließ erkenne [illegible] nen, welche und wie große Fortschritte auf allen Gebieten des neuen [illegible] n Wissenszweiges gemacht waren. So sind denn auch

in kürzester Zeit Lehrbücher veraltet, Anschauungen umgestoßen, neue aufgetaucht, welche die Neubearbeitung dieses Lehrbuches bedingten, und man kann sagen, die Neuerungen und Fortschritte haben eingehende Berücksichtigung gefunden. Angenehm ist beim Durchlesen des Buches, daß die veralteten Anschauungen und Konstruktionen nur dann und soweit erwähnt werden, wie zum Verständnis unbedingt nötig ist. Dadurch ist Ballast vermieden. Die Ausstattung des Buches mit Abbildungen ist fast verdoppelt: 164 gegen 85 in der ersten Abteilung. Von den älteren Bildern finden sich nur noch wenige; sie sind zum größten Teile durch bessere ersetzt, ihre Ausführung ist ausgezeichnet klar und scharf, so daß sie sehr vornehm wirken und auch leicht übersichtlich sind. Das ganze Werk hat 164 Seiten an Umfang gewonnen.

Im ganzen ist das Buch, wie auch in der ersten Auflage, in den technischen Teil bezüglich der Apparate und ihrer Handhabung und in die speziell ärztliche Technik eingeteilt.

Theoretische Auseinandersetzungen sind auch diesmal auf ein sehr bescheidenes Maß reduziert, von der Elektrizitätslehre ist wenig gesagt, die Definition der Selbstinduktion ist anders und besser gegeben als in der ersten Auflage. Ein eingehendes Kapitel ist den Röhren gewidmet, die zum Teil beschrieben sind. Eine Art, die Idealröhre, ist nicht mit abgehandelt. Sie hätte nach Ansicht des Ref. auch Berücksichtigung verdient, zumal andere Gundelach'sche Röhren aufgenommen sind. Die Blendeneinrichtungen, welche vom Verf. so bedeutend vervollkommnet sind durch die Konstruktion der Kompressionblende, haben ebenfalls ein großes Kapitel erhalten; auch ist die Kompressionsblende bedeutend vervollkommnet und eine viereckige Abart, die Kastenblende, dazu gekommen; auch die Aufnahmetische, die dabei benutzt werden, haben eine sehr vorteilhafte Verbesserung erfahren.

Im vierten Kapitel werden die Röntgenlaboratorien beschrieben unter Zugrundelegung desjenigen am Krankenhause St. Georg, dem Verf. vorsteht, und das ganz nach seinen Plänen eingerichtet ist. Es ist in jeder Hinsicht musterhaft, wie aus der Schilderung und den Plänen hervorgeht. Das photographische Verfahren ist im fünften Kapitel abgehandelt und bringt Bekanntes. Die Schutzvorrichtungen und die Heilung der Röntgenverbrennungen sind ausführlicher besprochen als in erster Auflage. Verf. selbst ist von Unna wegen dieses Leidens behandelt, und die Behandlungsart, die sich als sehr gut erwies, ist wörtlich nach der Unna'schen Veröffentlichung beigefügt, eine jedem Röntgenologen willkommene Mitteilung.

Der spezielle Teil beginnt mit den Kopfuntersuchungen. Die Kiefer und Zähne, die Augenuntersuchungen sind ausführlicher behandelt und mit zahlreichen Abbildungen versehen worden; das gleiche gilt von der Wirbelsäule. Auch Becken, Schenkelhals, Knie sind reicher als früher versorgt. Bei den Unterschenkelaufnahmen ist die Kastenblende in ihrer Benutzung vorgeführt. Die oberen Gliedmaßen



sind gegen früher [illegible] nicht wesentlich verschieden behandelt, dagegen wieder ausführlich [illegible] des Verf.s eigenste Domäne: die Nierensteine. Auch bei den Th[illegible]oraxaufnahmen ist Zuwachs zu verzeichnen. Die Durchleuchtung, da[illegible]s 20. Kapitel, ist in chirurgische und innere geteilt, und zwar letztere, [illegible], entsprechend der Wichtigkeit, sehr ausführlicher behandelt. Ganz neu ist das 21. Kapitel: Das Trochoskop und seine Technik. Die Orth[illegible]oröntgenographie ist in den 3 Jahren seit Erscheinen der ersten [illegible]en Auflage wesentlich vervollkommnet und hat an Wichtigkeit für den [illegible] den inneren Kliniker bedeutend gewonnen. Dem ist im 22. Kapitel Rech[illegible]nung getragen. Die wichtigsten verschiedenartigen Modelle sind aufge[illegible]führt und abgebildet. Beim Kapitel Fremdkörper ist das Grashey's[illegible]che Verfahren zum Operieren in gleichzeitigem Röntgen- und Tage[illegible]slicht mit angeführt. Den Schluß des Buches bildet das stereoskop[illegible]ische Verfahren.

Das Buch ist a[illegible]t aus der Praxis heraus und für die Praxis geschrieben, es bringt die [illegible]e eigene, subjektive Auffassung des Verf.s, und er vertritt demgemäß [illegible] an mehreren Stellen seinen Standpunkt in dem Streit, ob »große« [illegible]« oder »kleine« Induktoren zu verwenden sind. — Das Buch wird sein[illegible]en Zweck, ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende zu sein, aufs beste [illegible]e erfüllen.

Trapp (Bückeburg).

5) **Deycke Pasch[illegible]cha. Knochenveränderungen bei Lepra nervorum im Röntgenbilde.**

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 1.)

Verf. gibt zun[illegible]ächst die ausführlichen Krankengeschichten von zehn Leprafällen u[illegible]nd eine detaillierte Schilderung der durch das Röntgenbild nachge[illegible]wiesenen Knochenveränderungen wieder. Letztere sind keine produkti[illegible]ven Bildungen; es fehlt ihnen jede reaktive Entzündung oder Skle[illegible]rose des Knochengewebes selbst bei den weitest vorgeschrittenen Zer[illegible]störungsprozessen. Es handelt sich um rein destruktive resp. res[illegible]orptive Vorgänge mit Verminderung des Kalkgehaltes, Auflösung [illegible]ng der phosphorsauren und kohlensauren Kalksalze der Knochensubstan[illegible]z.

Die primäre U[illegible]rsache dieser Kalkresorption ist nach Verf. nicht auf nervöse oder zi[illegible]rkulatorische Störungen zurückzuführen. Auch die Annahme, daß die [illegible]ie Knochenzerstörung durch ein von den Leprabazillen erzeugtes kalklösen[illegible]des Agens oder durch eitrige Einschmelzung bedingt sei, weist D. [illegible] D. als sehr unwahrscheinlich zurück. Nach seiner Ansicht werden die [illegible] die leprösen Knochenzerstörungen geschaffen durch Funktionsparesen o[illegible]der -paralysen der entsprechenden, im physiologischen Sinne trophis[illegible]chen Neurone.

Gaugele (Zwickau).

6) **H. Küttner. [illegible]. Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Kriegschirurgie.**

(Zeitsch[illegible]rift für ärztliche Fortbildung 1905. Nr. 9.)

Nach einem Rü[illegible]ckblick auf die Verwendung des Röntgenverfahrens in dem Kriege der [illegible]er letzten Jahre betont K. die den Röntgenstrahlen

zu dankende Erweiterung der theoretischen Erkenntnis der Schußverletzungen und die Förderung des kriegschirurgischen Unterrichts durch Röntgenbilder von Schußverletzungen. Die Röntgenstrahlen ermöglichen die Feststellung des Sitzes steckengebliebener Geschosse auch in Fällen, bei welchen die sonstige klinische Untersuchung keine Anhaltspunkte gibt, was um so wichtiger ist, als nicht nur Granatsplitter und Schrapnellfüllkugeln, sondern auch die heutigen kleinkalibrigen Mantelgeschosse unerwartet häufig im Körper zurückgehalten werden. In der Technik der Geschoßaufsuchung hat sich dem Verf. die Perthes'sche Fremdkörperpunktion, sowie die stereoskopische Röntgenaufnahme mittels des Hildebrand'schen Apparates bewährt. Ferner gestattet das Röntgenverfahren bei Verletzungen des zentralen oder peripheren Nervensystems die Entscheidung über das Vorhandensein oder Fehlen von Geschossen, Knochensplittern und über ihre Lage. Endlich kommt es bei den Knochenverletzungen des Krieges für die Stellung der Prognose und für die Beurteilung von Störungen des Heilungsverlaufes in Betracht.

Das Röntgenverfahren gehört im Kriege in die Lazarette, möglichst aber auch schon in die Feldlazarette, sofern kriegstüchtige Apparate vorhanden sind. Vorbedingung für diese ist eine zuverlässige eigene Elektrizitätsquelle, die stromerzeugende Dynamomaschine und deren Motor. Mehrere Krankengeschichten aus des Verf. Erfahrung in den letzten Kriegen und viele Abbildungen sind beigefügt.

G. Schmidt (Berlin).

---

7) **Moser.** Behandlung von Gicht und Rheumatismus mit Röntgenstrahlen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 1.)

Nach Mitteilung einer Reihe sehr interessanter Krankengeschichten faßt M. die Ergebnisse seiner Beobachtungen und Versuche in folgenden Sätzen zusammen:

»1) Bei gichtischen und rheumatischen Erkrankungen bilden die Röntgenbestrahlungen ein äußerst wirksames Heilmittel.

2) Bei gichtischen Erkrankungen, besonders frischen Gichtanfällen, sind im Anfange nur kurze Bestrahlungen anzuwenden, etwa von einer Minute Dauer.

3) Rheumatische Erkrankungen benötigen meist eine längere Bestrahlungsdauer.

4) Die Röntgenbestrahlungen sind nicht nur als schmerzstillendes Mittel anzusehen, sie wirken vielmehr bei beiden Krankheiten auf das Grundleiden selbst (Zurückgehen der Gelenksergüsse, Besserung der Herztätigkeit, Aufhören der Nachtschweiße, Beweglichwerden versteifter Gelenke, milderes Auftreten der Gichtanfälle).

5) Über Dauerresultate ist noch nichts Sicheres zu sagen, doch kann man aus den Krankengeschichten schon erkennen, daß die Behandlung anderen Behandlungsarten darin nicht nachsteht.«

Verf. gibt no[illegible]och an, daß nach der ersten Bestrahlung die Schmerzen meist etwas zuneh[illegible]ehmen.

Bezüglich de[illegible]er Technik ist zu bemerken, daß die Bestrahlungen an großen Gelenk[illegible]ken mit harten, an kleinen mit mittelweichen Röhren in einer Entfernu[illegible]ung von 15—20 cm vorgenommen wurden.

Gaugele (Zwickau).

8) **R. Kienböc**[illegible]**ck.** Über die Röntgenbehandlung der Sarkome.

(Rapport présenté [illegible]té au 1. congrès international de physiothérapie. Liège 1905. Anvers 1905.)

Verf. bringt [illegible]t eine Zusammenstellung aller bekannten 53 Fälle und fügt 10 eigene hin[illegible]hinzu. Die Resultate hat er in verschiedener Hinsicht gruppiert. Eine [illegible]e lokale Wirkung (Verkleinerung, Heilung etwaiger Ulzerationen, Bese[illegible]eseitigung von Schmerzen) tritt fast regelmäßig ein, oft auch eine Allgemei[illegible]neinwirkung (Besserung des Allgemeinbefindens, Kräftezustandes, Appetit[illegible]tites, Schlafes und der Anämie). Bei einer Zusammenstellung aus den A[illegible]n Angaben der vier Autoren, welche über ein größeres Material verfügten[illegible]ten, ergibt sich ein Verhältnis von Erfolg zu Mißerfolg wie 3 : 1, und ebe[illegible]benso von Schrumpfung zu vollkommenem Schwund wie 3 : 1. Alveoläre u[illegible]und Drüsensarkome geben günstigere Resultate als Rund- und Spind[illegible]indelzellensarkome. Bei den von der Haut und den Lymphdrüsen aus[illegible]usgehenden Sarkomen tritt in der Regel bedeutende Schrumpfung bis [illegible]is Schwund, bei den von Muskeln und Fascien entspringenden kein E[illegible]n Erfolg ein. Oberflächlich gelegene, von Lymphdrüsen ausgehende, in r[illegible]raschem Wachstum begriffene, weiche Geschwülste werden am leichte[illegible]htesten zur Schrumpfung gebracht. Eine vollkommene Heilung der Sark[illegible]rkome durch Röntgenbehandlung ist möglich. Grund zur Annahme eine[illegible]iner schädlichen Wirkung auf sie liegt heute nicht vor. Bei allen Sarkome[illegible]omen ist die Radiotherapie zuerst zu versuchen.

Über die Te[illegible]Technik gibt Verf. an, daß Geschwulst und infiltrierte regionäre Drüsen [illegible]en zu bestrahlen sind, große Geschwülste mehrstellig, mit mittlerem bis[illegible]bis hartem Röntgenlichte. Zweckmäßig ist die Verabreichung sog. No[illegible]Normaldosen, d. h. etwa 14 Tage nach einer Bestrahlung soll eine Rö[illegible]Röntgendermatitis ersten Grades eintreten. Nach Ablauf dieser weitere[illegible]ere Bestrahlung. Ist nach 2—3 Monaten keine Wirkung auf Geschwulst o[illegible]oder Schmerzen zu konstatieren, so soll man abbrechen, bei voller Wirku[illegible]kung dagegen noch längere Zeit in größeren Pausen bestrahlen. Bei [illegible]ei der Exposition empfiehlt sich dringend Anwendung eines Radiometers[illegible]ters.

Renner (Dresden).

9) **N. Senn** (C[illegible](Chicago). Jodine in surgery, with special reference to its use as an antiseptic.

(Surgery, gynecology[illegible]logy and obtetrics, an international magazine, published monthly Chicago 1905. Nr. 1.)

Der Artikel i[illegible]el ist das hohe Lied auf Jod und seine Salze als Antiseptikum, insbes[illegible]esondere auf Tinctura jodi und Jodkalium bei Heilung äußerer Krankhe[illegible]heiten. Nach einer sehr erschöpfenden historischen

Einleitung, in der alle bisher mit Jod gemachten günstigen Erfahrungen zusammengestellt sind, geht Verf. zu seinen eigenen Beobachtungen über; zuerst zu den auf Veranlassung des Verf.s von Kinnamann gemachten Reagensglasversuchen, die beweisen, das Streptokokken und Staphylokokken in einer wäßrigen Lösung von $^1/_5 : 100$ in einigen Minuten, von 1 : 100 sofort abgetötet werden. Praktisch benutzt Verf. Tinctura jodi zur Vervollständigung der Händedesinfektion durch Eintauchen der Fingerspitzen nach beendeter gebräuchlicher Desinfektion. Verf. tut dies dann, wenn er keine Gummihandschuhe benutzt, deren Gebrauch er für Operationen im Bauch und an Gelenken eingeschränkt hat. — Sehr warm empfiehlt er die Sterilisation des Catgut mit Jodjodkalium nach Claudius.

Verf. hat nie unangenehme Nebenwirkungen gesehen und lobt besonders die Elastizität und Haltbarkeit. Wird das Catgut nach längerer Zeit brüchiger, so glaubt Verf., daß dies nur an der Fehlerhaftigkeit des Rohcatguts liegt; das deutsche Catgut ist nach diesen Erfahrungen das beste. Eitrige Gelenke durchspült Verf. mehrmals mit Lösungen von Jodtinktur 1 : 100, ohne unangenehme Nebenwirkungen, mit gutem Heilerfolg. — Besonders lobt Verf. die Wirkung der Jodtinktur auf Erysipel und Lymphangitis. Die erkrankten Stellen werden mit durch Jodtinktur durchtränkten Baumwolltüchern bedeckt, die Verdunstung der Jodtinktur durch Einhüllen mit impermeablen Stoffen verhindert. Bei der Einwirkung der Jodtinktur auf Kropf, auf ausgedehnte Aktinomykosen usw. hält Verf. es für das wesentlichste, die Resorption des Jods durch Kataphorese zu befördern. Er sah bei kataphoretischer lokaler Behandlung mit Jodtinktur große, stenosierende Kröpfe und schwere Formen von Halsaktinomykose nach wenigen Wochen sich zurückbilden. Zum Schluß preist Verf. das Jod als das sicherste und kräftigste Antiseptikum und vor allem als das Antiseptikum, das am wenigsten die Gewebe verletzt, weil es höchstens lokale aktive Leukocytose macht, die die Rückbildung günstig beeinflußt. — Die Reagensglasversuche, auf welche Verf. die starke antiseptische Wirkung der Jodtinktur stützt, wären nach Ansicht des Ref. dahin zu ergänzen, inwieweit Jod auch in eiweißhaltigen Nährböden die Bakterien beeinflußt.

Daß wäßrige Bakterienaufschwemmungen getötet werden, dürfte für die Übertragung in vivo nicht genügend beweisend sein. Das Eintauchen der Fingerspitzen in Jodtinktur wurde bis vor etlichen Jahren auch an der v. Mikulicz'schen Klinik geübt; wir kamen damals davon ab, weil Jod sich zu schnell verflüchtet und bei längerer Anwendung die Haut reizt. Wir haben später anstelle der flüchtigen Jodtinktur die sehr haltbare Isoformpaste benutzt, die sehr lange wirkt, ein besonders starkes Antiseptikum ist und normale Haut niemals reizte. **Helle** (Wiesbaden).



10) **A. Young** (Glasgow). Skin-grafting in the late treatment of severe burns involving extensive areas of skin. 29 S. u. 11 Taf.

(Division of surgery of the med. school of Harward university, Boston.)

Nach Schilderung der Wolfe-Krause'schen Methode der Transplantation gibt Verf. eine Beschreibung der von ihm angegebenen Modifikation. Die Unterschiede von der alten Methode liegen im wesentlichen in drei Hauptpunkten:

1) Im Ausschneiden und der Vorbereitung der Transplantationen und dem Verschluß der frischen Wunde.

Der zu transplantierende Hautlappen wird bis zur Fascientiefe exzidiert und wegen der bald eintretenden Schrumpfung etwas größer gewählt. Der aus Haut und dem unterliegenden Fette bestehende Lappen wird in Kochsalz- oder Boraxlösung gelegt, der Defekt durch Naht geschlossen. Die granulierende Fläche wird durch einen Karbol- oder Borsäureverband desinfiziert, ungesunde Granulationen werden event. entfernt; damit ist dem Hauptpunkte:

2) der Vorbereitung der granulierenden Oberfläche zur Transplantation Genüge geleistet.

3) Der Verband der Transplantationen, von denen nunmehr das Fett mit der Schere erst abgeschnitten wird, besteht aus weitmaschigen in Kochsalz- oder Boraxlösung getauchten Gazestreifen, event. aus hausenblasehaltigem und nach den Angaben Y.'s hergestelltem Verbandmaterial. Über die Gazestreifen kommt eine Guttaperchaschicht.

Y. hat 12 Fälle teils sehr schwerer Verbrennungen nach der angegebenen Methode mit gutem Erfolge transplantiert.

Grünberg (Leipzig).

11) **C. Zarniko.** Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propädeutik. Zweite, vollkommen neu bearbeitete Auflage. II. Hälfte.

Berlin, **S. Karger**, 1905.

Was der vor 2 Jahren erschienene erste Teil versprochen, hat der zweite voll und ganz gehalten. Verf. gibt eine geradezu mustergültige Darstellung des heutigen Standes der speziellen Pathologie und Therapie von Nase, Nasen-Rachen und Nebenhöhlen. Neben der eigenen auf einer ausgedehnten Praxis basierenden Erfahrung verfügt Z. über eine seltene Beherrschung der Literatur. Kein Kapitel findet eine ungerechtfertigte Bevorzugung in der Ausdehnung der Darstellung, alle Abschnitte werden mit der ihnen zukommenden Sorgfalt abgehandelt. Im einzelnen wäre noch besonders hervorzuheben, daß Verf. auch fast ganz von der Anwendung der elektromotorisch getriebenen Säge und Trephine zur Beseitigung von Septumdeviationen abgekommen zu sein scheint, die er mit vollem Recht als brüsk bezeichnet. Bei den typischen Nasen-Rachenpolypen rät Verf. als Anhänger

der gesetzmäßigen Spontaninvolution zur Palliativoperation, besonders Elektrolyse und Galvanokaustik, und hofft, daß das Schicksal der eingreifenden Radikaloperationen (Tracheotomie mit folgender Aufklappung der Nase oder Oberkieferresektion und daran anschließender Exstirpation) »endgültig besiegelt« sei; Z. beruft sich hier besonders auf das autoritative Urteil von Bruns. Auch das Kapitel über die Nebenhöhleneiterungen steht vollkommen auf der Höhe und läßt nirgends die großen Fortschritte außer acht, welche die Rhinologie gerade auf diesem Gebiet in den letzten Jahren gemacht hat. Bei aller Anerkennung der Killian'schen Stirnhöhlenoperation gebe es eben doch Fälle (sehr tiefe Höhlen), bei denen eine Entstellung unvermeidlich sei. Hierfür empfiehlt Z. Winckler's osteoplastische Methode.

So sieht man, wie Verf. überall kritisch abwägt und nicht nur eine Zusammenstellung der empfohlenen Methoden usw. gibt. Das genaue Literaturverzeichnis ist für Kreise, denen keine große fachspezialistische Bibliothek zur Verfügung steht, von großem Wert. So hat Z. ein Lehrbuch der Rhinologie geschaffen, das ohne Übertreibung wohl von keinem anderen übertroffen wird. Die Ausstattung des rühmlichst bekannten Verlages entspricht allen Anforderungen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

12) **Lermoyez.** Tumeurs nasales à penghawar.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1904. Avril.)

L. bemerkte wiederholt, daß nach Anwendung von Penghawar zwecks Blutstillung bei Nasenoperationen an der tamponierten Stelle eigentümliche Geschwülste entstanden. Sie erwiesen sich histologisch als Granulationsgeschwülste, die sich um zurückgebliebene Fasern der blutstillenden Substanz gebildet hatten. **Hinsberg** (Breslau).

---

13) **Ménière.** Essai critique sur le position de Rose à propos des opérations dans le nez, l'arrière nez et la gorge.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1904. Avril.)

M. erklärt sich auf Grund seiner eigenen Erfahrungen, die auf ca. 7000 Operationen beruhen, gegen die Anwendung der Rose'schen Hängelage bei der Operation der hypertrophischen Rachenmandel. Auch Narkose hält er dabei für völlig überflüssig und, da sie doch immer eine gewisse Gefahr mit sich bringt, für verwerflich.

Hinsberg (Breslau).

---

14) **Taptas.** Mon procédé pour le cure radicale de la sinusite frontale.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1904. Septembre.)

Die Grundzüge der von T. geübten Operationsverfahren zur Beseitigung von Stirnhöhleneiterungen sind folgende: Schnitt durch die Augenbraue, Resektion der Vorderwand der Stirnhöhle und des Proc.



frontalis des Oberkiefers. Nach Ausschabung der Stirnhöhle wird dann durch sorgfältige Zerstörung aller Siebbeinzellen eine möglichst weite Verbindung zwischen Stirn- und Nasenhöhle geschaffen. Primäre Naht. Die durch Resektion der knöchernen Wand mobilisierte Haut wird dann durch Druckverband auf die mediale Stirnhöhlenwand fest angedrückt. T. erzielt durch dieses Verfahren fast stets primäre Heilung. Bei doppelseitiger Erkrankung wird das Septum zwischen beiden Stirnhöhlen mit fortgenommen.

Von dem Killian'schen Verfahren unterscheidet sich das T.'s in der Hauptsache [illegible] dadurch, daß das Orbitaldach unversehrt bleibt, das K. bekanntlich reseziert. Nur bei sehr großen Höhlen öffnet auch T. das Obitaldach, um zu starke Einsenkung der Haut zu vermeiden.

Hinsberg (Breslau).

15) **Sebileau.** [illegible]. Réflexion sur la cure chirurgicale de la sinusite frontale chronique.

(Annal. des mal. de l'oreille etc. 1905. Janvier.)

S. warnt in dem recht lesenswerten Aufsatze vor einem Schematismus in der chirurgischen Behandlung der Stirnhöhleneiterung: Man dürfe nicht eine bestimmte Operationsmethode für die einzig brauchbare, für alle Fälle passende ansehen, sondern man müsse sich in jedem Falle nach den gerade vorliegenden Verhältnissen richten. S. hält es z. B. für unnötig, bei jeder Stirnhöhlenoperation das ganze Siebbein auszuräumen, wie das Killian z. B. empfehle. S. selbst beschränkt sich in der Regel auf Resektion der vorderen Stirnhöhlenwand, Ausschabung der geschwollenen Schleimhaut und Erweiterung des Ductus naso-frontalis, der nicht drainiert wird. Er berichtet über gute Resultate.

Hinsberg (Breslau).

16) **Guibé.** [illegible] Sur la pathogénie des grenouillettes.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 2.)

Die Entstehung der Ranula aus angeborener Anlage ist zwar nur eine Hypothese, [illegible]e, aber sie hat wegen des histologischen Aufbaues der einzelnen Schichten, Verhalten des Epithels ohne Basalmembran zu der unterliegenden Embryonalrundzellenschicht, wie man es bei allen angeborenen Schleimcysten am Halse findet, jedenfalls viel Wahrscheinlichkeit für sich. Das Fehlen charakteristischer Speichelbestandteile (Ptyalin und Rhodankalium) spricht gegen den Zusammenhang mit den Speicheldrüsen. Diese Schleimcysten stammen entweder von epithelialen Elementen der Wangenschleimhaut ab, welche zugleich mit Blindsackfollikeln der Glandula sublingualis sich entwickeln, oder von parasalivären Zellhaufen, welche bei der Anbildung der Sublingualis liegen geblieben sind und welche, obwohl sie noch nicht in der Sublingualis selbst beobachtet sind, doch ein Analogon bilden würden für die Lymphknoten in der Parotis (Weisse) und in der Submaxillaris (Rawitz). Ein »Canalis paralingualis externus«, der

nach Behauptung von Cunéo und Veau die Herkunftsstelle dieser Zellhaufen sein soll, existiert im Fötalleben nie.

Herm. Frank (Berlin).

---

17) **Marfan.** Cornage congénital chronique. Hypertrophie du thymus, syphilis héréditaire.

(Revue mens. des malad. de l'enfance Bd. XXIII. p. 49.)

18) **Hochsinger.** Considérations sur le stridor d'origine thymique chez les enfants.

(Ibid. p. 97.)

M. stellt im Anschluß an seinen durch die Überschrift charakterisierten Fall drei Typen von chronischem Stridor des ersten Lebensjahres auf.

1) Stridor infolge von Mißbildung des Kehlkopfeinganges. Hierbei wesentlich inspiratorischer Stridor, der durch Intubation (die aber hier nicht nötig ist), verschwindet. (Das Geräusch klingt mehr meckernd, ist im Schlafe oft stärker ausgeprägt als im Wachen. Ref.)

2) Stridor infolge von Kompression am Thoraxeingange durch die vergrößerte Thymus ist inspiratorisch und exspiratorisch. Akzentuierung am Ende der Inspiration.

3) Stridor infolge von Bronchialdrüsenverkäsung ist wesentlich exspiratorisch.

Während die beiden ersten Typen meist in den ersten Wochen erscheinen oder angeboren sind, tritt letzterer nicht vor Ende des 3. Monats auf.

Auffällig ist in M.'s Falle, daß, obgleich der Stridor die ganze Lebenszeit ($1^1/_2$ Jahr) bestanden hatte, die Trachea, die vor der Eröffnung des Thorax bei Exploration vom Hals aus komprimiert erschien, nach Öffnung des Thorax kein Zeichen von Kompression zeigte.

H. stimmt M. im wesentlichen, was den zweiten Typus anbetrifft, zu. Er bedient sich zur Feststellung der Diagnose neben der Perkussion der Röntgenographie. Die Differentialdiagnose ist auch praktisch von Wichtigkeit, seitdem Rehn, König und Glocker je einen Fall durch partielle Abtragung der Thymus oder Vorziehen derselben geheilt haben.

M. spricht die Vermutung aus, daß die einfache Thymushypertrophie in irgendeiner Beziehung zu der Syphilis, vielleicht als Kompensation für die erkrankte Milz in seinem Falle, stände. Diese Vermutung bestätigt H. durch den vermittels Röntgenographie geführten Beweis der Verkleinerung einer hypertrophischen Thymus durch Schmierkur.

F. Göppert (Kattowitz).



19) O. Chiari. Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Wien, Franz Deuticke, 1905.

Der vorliegende III. Teil bildet den abschließenden Band von C.'s »Krankheiten der oberen Luftwege«. Nach einer ausführlichen anatomischen Beschreibung folgt eine etwas knappere Darstellung der Physiologie. Etwas gezwungen in der Einteilung erscheint es, daß Verf. die sensiblen und motorischen Neurosen abhandelt, bevor er die Untersuchungsmethoden beschreibt. Die Leser dieser Zeitschrift dürfte vor allem interessieren, daß Verf., entgegen den von anderer Seite hier und da schüchtern auftauchenden Empfehlungen, bei wenig ausgedehnten Karzinomen des Kehlkopfinnern endolaryngeal vorzugehen, auch »bei noch so kleinen Neubildungen« Anhänger extralaryngealer Methoden ist. Für Neuauflagen dürfte es sich empfehlen, der immer mehr an Bedeutung gewinnenden Tracheo- und Bronchoskopie mehr Raum zu widmen. Im übrigen spricht aus dem Buche überall das abgeklärte, auf großen Erfahrungen beruhende Urteil eines objektiv und kritisch denkenden Fachmannes. F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

20) G. Killian. Bronchoskopie und Lungenchirurgie.

(Verhandlungen süddeutscher Laryngologen 1905.)

Die großen Fortschritte, welche die Bronchoskopie gezeitigt hat, würden, so meint der Vater dieser Methode, bald auch der Lungenchirurgie nützliche Dienste leisten. Wenn die Lungenherde in Beziehung zum Bronchialbaum und speziell zur Bronchiallichtung stehen und durch Abscheidung von Zerfallsprodukten, Blut, Eiter usw., in die Bronchien offene Herde sind, so sind sie der bronchoskopischen Diagnose zugänglich. Die genaue topographische Bestimmung des affizierten Bronchialastes mittels eingeschobenen Rohres weise den Operateur auf den zugehörigen kegelförmigen Bezirk Lungengewebe hin, dessen Basis der Thoraxwand anliegt. Eine Vertiefung der heutigen togpographisch-anatomischen Kenntnisse in bezug auf Zugehörigkeit bestimmter Bronchien zu bestimmten Lungenabschnitten werde hierfür noch von großem Nutzen sein. Einfacher ist es aber, mit 5 mm-Röhren möglichst weit vorzudringen und durch diese Sonden hindurchzuschieben. Der Beweis für die Möglichkeit, auf diese Weise periphere Lungengebiete zu untersuchen, ist durch Röntgenbilder erbracht, und zwar am Lebenden. Auf diesem Wege dürfte es möglich sein, nach Eröffnung des Brustkorbes die Sonde durchzufühlen und so leicht den Herd zu eröffnen. Hoffentlich würden dadurch vergeblich ausgeführte Fremdkörperpneumotomien vermieden werden. Endlich erwähnt Verf., daß er bereits versucht habe, von der Brustwand aus Pleuraraum und Lungenoberfläche zu untersuchen (Pleuroskopie). Als weiteres Ziel schwebe ihm vor, der Sonde entlang ein Rohr in die Lunge einzuführen (Pneumoskopie), den Fremdkörper so zu finden und

auch zu extrahieren. Verf. hält all' dies nicht für Theorien, sondern für sehr bald realisierbare Vervollkommnungen seiner Methoden.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

21) **Bittorf.** Die Bedeutung des linken mittleren Herzschattenbogens.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 1.)

Verf. hat durch seine Versuche nachgewiesen, daß der mittlere linke Herzbogen vorwiegend von der Arteria pulmonalis (oberem, dunklerem Teil) und zum geringeren, unteren, helleren Teile vom linken Herzohr gebildet wird. Der linke Vorhof an sich ist weder bei dorsoventraler Stellung, noch bei Linksverdrehung, weder bei Normalen noch bei Kranken sichtbar. Bei pathologischen Zuständen kann Vergrößerung der Pulmonalis oder des linken Herzohres eine Vergrößerung des Mittelbogens bedingen.

Gaugele (Zwickau).

22) **Braatz.** Die operative Behandlung der Geschwülste der weiblichen Brust.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 32.)

B. empfiehlt die Entfernung jedes gutartigen Knotens der Brustdrüse unter Schleich. Bei bösartigen Geschwülsten ist stets unter Allgemeinnarkose zu operieren. Die Schnitte legt B. so, daß keine Narbe in die Achselhöhle kommt. Der erste Schnitt geht von der Mitte des Brustbeines bis zum Rande des Latissimus. Von diesem läuft ein senkrechter Schnitt bis zum äußeren Drittel des Schlüsselbeines. Nachdem die Ansätze der Pectoralis major und minor durchtrennt, die Vene möglichst freigelegt ist, wird im dritten Hautschnitt unterhalb der Drüse die Ellipse geschlossen und die ganze Drüse mitsamt den Muskeln, dem Fett und Drüsen der Achselhöhle entfernt. Gleich nach Heilung der äußeren Wunde wird mit der medikomechanischen Nachbehandlung begonnen.

Borchard (Posen).

Kleinere Mitteilungen.

23) I. Kongreß der internationalen Gesellschaft für Chirurgie zu Brüssel, 18.—22. September 1905.

(Schluß.)

IV. Sitzung am 21. September 1905.

Die Behandlung der Gelenktuberkulose.

1. Ref. Bier (Bonn): Obschon auf dem Standpunkte stehend, daß nirgends weniger schulmeisterliche und schematische Behandlung am Platze sei als bei Gelenktuberkulose, wendet er bei ausgesprochen konservativer Richtung fast durchgehend zuerst die Stauungshyperämie an. Technik und Theorie sind vom XXXIV. deutschen Chirurgenkongreß her so bekannt, daß im allgemeinen darauf verwiesen werden kann. Jodoform intraartikulär — ohne Stauung — verwendet B. noch bei Hydrops tuberculosus und großem, die ganze Gelenkhöhle ausfüllendem



Abszeß. Von tuberkulösen Gelenken aller Erkrankungsstadien, die nach seiner Methode 9 Monate lang behandelt wurden, heilten aus: das Handgelenk in 88%, das Fußgelenk in 61,5%, das Ellbogengelenk in 72,7%. Von 13 nach B. behandelten Kniegelenken mußten 8 reseziert werden.

2. Ref. Broca (Paris) hält fest am grundsätzlichen Unterschiede zwischen Tuberkulose der Gelenke bei Kindern und Erwachsenen; die Hauptgesichtspunkte der Therapie sind möglichster Konservativismus, Erzielung beweglicher oder doch in günstiger Stellung ankylosierter Gelenke. Dies erreicht man am sichersten durch absolute Immobilisation event. mit Kompression bei gleichzeitig roborierender Behandlung des Individuums. Einspritzungen verwendet B. fast nie — höchstens 10% Jodoformäther. Nach $1^1/_2$—2monatiger Immobilisierung geht er zu ambulanter Behandlung mit Apparaten über. In fehlerhafter Stellung befindliche Gelenke trägt er kein Bedenken zu redressieren oder durch Extension zu korrigieren. Der von Verneuil erhobene Vorwurf, daß durch brüskes Redressement miliare Aussaat und Meningitis erzeugt würden, fällt durch die Statistik Jalaguier's zusammen, wonach bei nur extendierten Hüftgelenkentzündungen Meningitis noch häufiger sei. Anders bei ankylotisch bzw. in schlechter Stelle bereits geheilten Gelenken: hier ist er ein Gegner der Korrektion in Narkose und empfiehlt nach Beendigung des Wachstums die orthopädische Osteotomie oder Resektion. Für diese, ebenso wie für therapeutische Resektionen soll nach Möglichkeit ein Alter von 15 Jahren als unterste Grenze gelten, weil früher ausgeführte Abtragungen der Epiphyse, besonders an Knie und Hüfte, das Wachstum bedenklich schädigen. Erweist sich die konservative Behandlung als zwecklos, so ist bei schwerem Verlauf im Kindesalter die Amputation der entweder unvollständigen oder, wenn ausgiebig gemacht, zu unbrauchbaren Resultaten führende Resektion vorzuziehen. Die Erfolge konservativer Behandlung müssen durch lange fortgesetzte orthopädische Zelluloid- und Hülsenapparate mit Scharnieren usw. erhalten und verbessert werden.

3. Ref. Willems (Gent) gibt uns in vorzüglichem Bericht einen Überblick über die operativen Leistungen und Indikationen bei Gelenktuberkulose. Man dürfe zuvörderst beim Vergleiche zwischen konservativer und operativer Behandlung nicht vergessen, daß 1) ein großer Teil von Eingriffen an tuberkulösen Gelenken in Zeiten zurückfiele, in welchen sowohl Technik und Indikationsstellung als auch die Grundsätze der Nachbehandlung nicht genügend studiert waren; 2) das zur Operation gelangende Material an sich das ungünstigere sei. Zunächst ist festzustellen, daß trotz des entschiedenen Umschlages zu konservativer Behandlung — fast im Exzeß — eine ganze Reihe von Chirurgen zu aktiver Therapie selbst bei Kindern neigen. Dies beleuchtet zur Genüge die Schwierigkeit, gültige Indikationen aufzustellen; diese richten sich 1) nach dem Zustande der Lokalisation; 2) dem Gesamtzustande der Kranken; 3) der Art der Lokalisation.

Ad 1) herrscht für die Bevorzugung der operativen Behandlung weitgehende Übereinstimmung für sozial schlecht gestellte, über 15 Jahre alte Pat. mit Fisteln, nachweisbaren Sequestern (nach Riedel 46% der Fälle), sogar bei noch geschlossenen Eiterungen. Ad 2) wird man bei multipler Tuberkulose geneigt sein, den meist erkrankten Herd auszuschalten durch Amputation. Ad 3) Da die Resektion des Kniegelenkes bei Kindern zu Verkürzungen und Kontrakturen führt, ist in schweren Fällen die Amputation vorzuziehen. In der Verurteilung der Resektion bei Erwachsenen steht Hartmann (Nancy) ziemlich vereinzelt da. Die erheblichsten Schwierigkeiten bietet die Heilung der Hüftgelenkstuberkulose, schon durch die Häufigkeit der Sequesterbildung (in fast 80%). Die Gefahr der Resektion besteht bei Kindern nicht so sehr im Zurückbleiben des Wachstums, als der Verkürzung durch Hochrücken, sowie der technischen Schwierigkeit, radikal zu sein. Somit ist im wesentlichen konservatives Vorgehen nach Möglichkeit zu empfehlen. Im Gegensatze zu den unteren Extremitäten, wo Ankylosen kein ungünstiges Resultat darstellen, ist es bei den oberen unser Ziel, den zur Ankylose neigenden Naturheilungsvorgängen zuvor zu kommen. So ist für das Ellbogengelenk — von ganz leichten Fällen abgesehen — die Resektion zu empfehlen, zumal Verkürzung ganz ausbleibt, ebenso für das Schultergelenk mit hohem Sequesterprozentsatz und

frühzeitiger Atrophie des Deltoideus, während man beim Handgelenk erst nach langer vergeblicher Behandlung mit Injektionen usw. und weit vorgeschrittener Zerstörung zur Resektion schreiten wird. Das Fußgelenk, das man bei Kindern erfolgreich lange konservativ behandelt, soll bei Erwachsenen frühzeitig reseziert, bei ausgedehnten Prozessen besser der Amputation unterworfen werden.

Das Literaturverzeichnis umfaßt 128 Angaben.

4. Ref. Codivilla (Bologna) faßt hauptsächlich die funktionellen Resultate der Behandlung von Gelenktuberkulose ins Auge. Die allgemeinen Grundsätze, Schonung der Muskelansätze, des Bandapparates, des Skeletts (beim Ellbogengelenk), die verschiedenen operativen Maßnahmen zum Ausgleiche von Verkürzungen — Osteotomie usw. — werden gemäß den herrschenden Anschauungen besprochen. Bei konservativer Behandlung besonders muß die Methode das Ziel nach beweglichem Gelenke mit dem der Heilung des Prozesses sorgfältig vereinigen, unnütze Bewegung, entzündliche Reizung, Kompression der Knorpel gegeneinander vermeiden. Die ganze Heilungsdauer bedürfe der röntgenoskopischen Kontrolle. Im Gegensatze zu den übrigen Ref. spricht C. sich für Resektion des Kniegelenkes — mit Schonung der Epiphysenlinie — auch bei Kindern aus; er verwirft das Redressement forcé. Zur Vermeidung der Kontraktur verpflanze man die Beugesehne nach vorn.

5. Ref. Bradford (Boston) betont in seinem ziemlich kurz gehaltenen Berichte neben dem operativen Vorgehen, das in erster Linie alles zerstörte Gewebe zu entfernen habe und nicht zu radikal sein dürfe, den großen Nutzen der Behandlung im Freien. An der Hand zahlreicher Röntgenogramme, Photographien und gemalter Tafeln demonstriert er die Veränderungen des Oberschenkelkopfes durch die Tuberkulose, sowie den Einfluß der Extensionsbehandlung.

Diskussion: Lebrun (Namur) hat seit mehreren Jahren keine Resektionen bei Kindern gemacht. Durch konservative Behandlung — Fixation und Injektionen, die freilich nicht spezifisch wirkten — lassen sich etwa 30% in 25—30 Monaten heilen. Doch sei in frischen Prozessen, solange noch keine ostalen Herde bestehen, die Arthrektomie die Operation der Wahl, weil bei Kindern die rein synoviale Erkrankung häufig sei. Die Blutstillung und Aseptisierung der Wundfläche erreicht er mit dem Thermokauter, und er drainiert die ersten 48 Stunden.

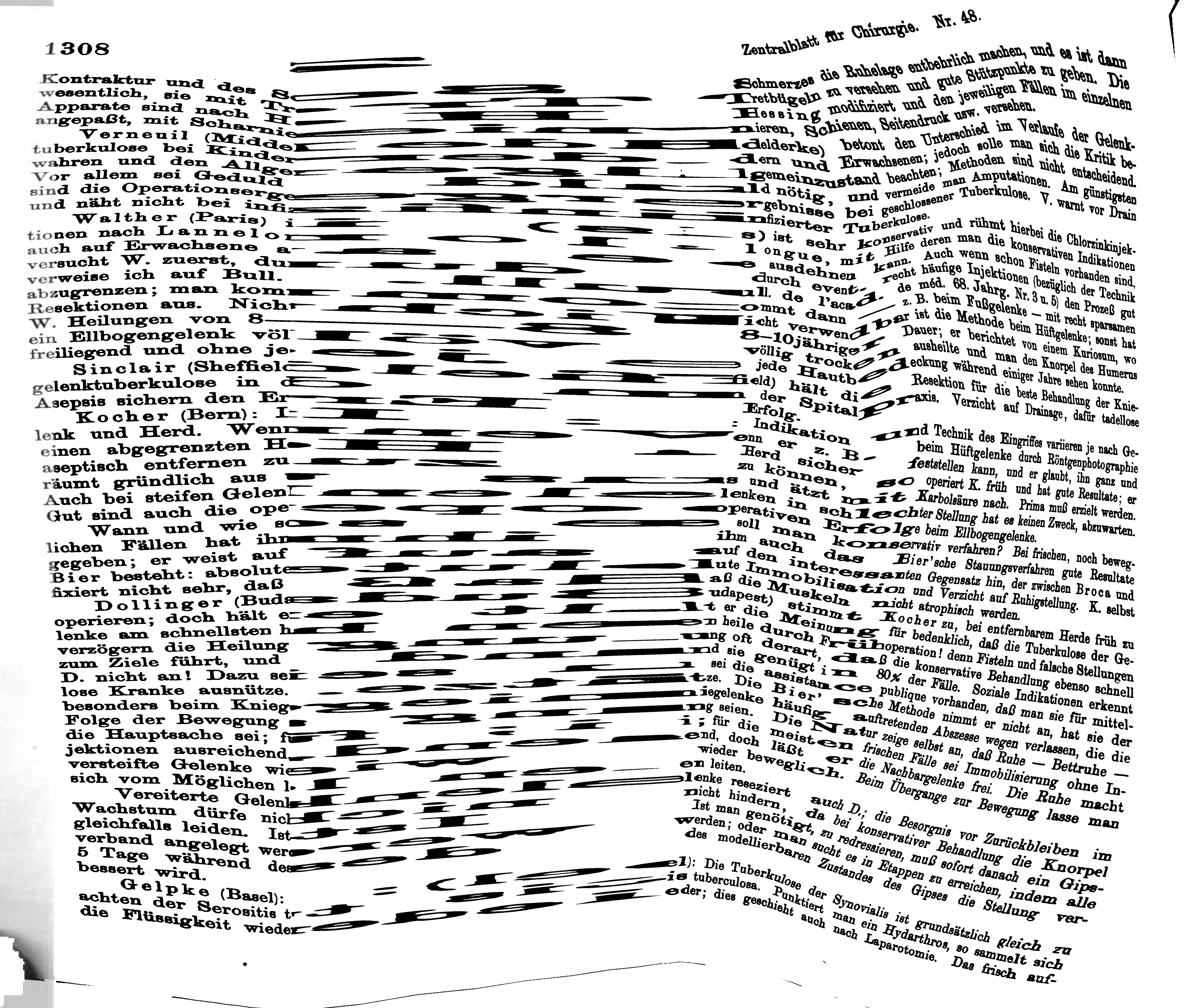
Garrè (Breslau) behandelt Hüft- und Handgelenk nach bekannten Grundsätzen konservativ und hat besonders für letzteres gute Ergebnisse erzielt. Beim Knie- und Fußgelenke gibt die gleiche Methode vielleicht gutes bei lange kontrollierbaren Kranken; sein bisheriges, sozial schlecht gestelltes Material nötigte ihn hier zu häufigen Operationen.

Seine Statistik ergibt für 300 Kniegelenke: Von 100 Fällen wurden 46 konsequent konservativ behandelt und geheilt; bei alten Leuten enthält er sich der Resektion und amputiert wenn nötig. 185 Fälle operativer Behandlung ergaben was folgt: 8mal führte Arthrektomie zur Heilung, freilich zum Teil mit Kontraktur, 177mal wurde reseziert — schonend — mit 86% Heilungen, 8% Besserungen, darunter wiederum Verkürzungen und Kontrakturen. Das Resultat war schlecht in 7,7%, gut in 92,3%; d. h. die Heilung war mit fester Ankylose, ohne Fistel, mit einer Verkürzung von etwa 2 cm und einem Winkel von 150° höchstens erfolgt.

Beim Fußgelenk ist G. radikaler vorgegangen; 32 Fälle wurden, weil günstig durch konservative Behandlung mit 2—15 Einspritzungen in ca. 9 Monaten geheilt; doch zeigten 56% mit konservativem Verfahren Mißerfolge; 60 Fälle wurden der Resektion unterworfen, trotz teilweise ausgedehnter Zerstörung mit 48 Ausheilungen; darunter manche in kurzer Zeit, z. B. bei Kindern, und selbst mit beweglichem Gelenke.

Hoffa (Berlin): Obwohl im allgemeinen der konservativen Behandlung zuneigend, erkennt er die großen Fortschritte der operativen völlig an. Wichtig sei die orthopädische Nachbehandlung und der Aufenthalt in freier Luft. Die Gehverbände müssen zwei Bedingungen genügen: 1) der Ruhigstellung, 2) der Extension. Sie ersetzen den Gipsverband, sobald das Schwinden des Fiebers, der





Kontraktur und des S … Schmerzes die Ruhelage entbehrlich machen, und es ist dann wesentlich, sie mit Tr … Tretbügeln zu versehen und gute Stützpunkte zu geben. Die Apparate sind nach H … Hessing modifiziert und den jeweiligen Fällen im einzelnen angepaßt, mit Scharni … nieren, Schienen, Seitendruck usw. versehen.

Verneuil (Midde … delderke) betont den Unterschied im Verlaufe der Gelenktuberkulose bei Kinder … dern und Erwachsenen; jedoch solle man sich die Kritik bewahren und den Allge … lgemeinzustand beachten; Methoden sind nicht entscheidend. Vor allem sei Geduld … ld nötig, und vermeide man Amputationen. Am günstigsten sind die Operationserge … rgebnisse bei geschlossener Tuberkulose. V. warnt vor Drain und näht nicht bei infi … nfizierter Tuberkulose.

Walther (Paris) i … s) ist sehr konservativ und rühmt hierbei die Chlorzinkinjektionen nach Lannelo … longue, mit Hilfe deren man die konservativen Indikationen auch auf Erwachsene a … e ausdehnen kann. Auch wenn schon Fisteln vorhanden sind, versucht W. zuerst, du … durch event. recht häufige Injektionen (bezüglich der Technik verweise ich auf Bull. … ll. de l'acad. de méd. 68. Jahrg. Nr. 3 u. 5) den Prozeß gut abzugrenzen; man kom … ommt dann z. B. beim Fußgelenke — mit recht sparsamen Resektionen aus. Nich … icht verwendbar ist die Methode beim Hüftgelenke; sonst hat W. Heilungen von 8 … 8–10jähriger Dauer; er berichtet von einem Kuriosum, wo ein Ellbogengelenk völ … völlig trocken ausheilte und man den Knorpel des Humerus freiliegend und ohne je … jede Hautbedeckung während einiger Jahre sehen konnte.

Sinclair (Sheffiel … eld) hält die Resektion für die beste Behandlung der Kniegelenktuberkulose in d … der Spitalpraxis. Verzicht auf Drainage, dafür tadellose Asepsis sichern den Er … Erfolg.

Kocher (Bern): I … : Indikation und Technik des Eingriffes variieren je nach Gelenk und Herd. Wenn … enn er z. B. beim Hüftgelenke durch Röntgenphotographie einen abgegrenzten He … Herd sicher feststellen kann, und er glaubt, ihn ganz und aseptisch entfernen zu … zu können, so operiert K. früh und hat gute Resultate; er räumt gründlich aus … s und ätzt mit Karbolsäure nach. Prima muß erzielt werden. Auch bei steifen Gelen … lenken in schlechter Stellung hat es keinen Zweck, abzuwarten. Gut sind auch die ope … operativen Erfolge beim Ellbogengelenke.

Wann und wie so … soll man konservativ verfahren? Bei frischen, noch beweglichen Fällen hat ih … ihm auch das Bier'sche Stauungsverfahren gute Resultate gegeben; er weist auf … auf den interessanten Gegensatz hin, der zwischen Broca und Bier besteht: absolute … ute Immobilisation und Verzicht auf Ruhigstellung. K. selbst fixiert nicht sehr, daß … aß die Muskeln nicht atrophisch werden.

Dollinger (Buda … udapest) stimmt Kocher zu, bei entfernbarem Herde früh zu operieren; doch hält e … t er die Meinung für bedenklich, daß die Tuberkulose der Gelenke am schnellsten h … n heile durch Frühoperation! denn Fisteln und falsche Stellungen verzögern die Heilung … ung oft derart, daß die konservative Behandlung ebenso schnell zum Ziele führt, und … nd sie genügt in 80% der Fälle. Soziale Indikationen erkennt D. nicht an! Dazu sei … sei die assistance publique vorhanden, daß man sie für mittellose Kranke ausnütze. … tze. Die Bier'sche Methode nimmt er nicht an, hat sie der besonders beim Knieg … iegelenke häufig auftretenden Abszesse wegen verlassen, die die Folge der Bewegung … ng seien. Die Natur zeige selbst an, daß Ruhe — Bettruhe — die Hauptsache sei; f … i; für die meisten frischen Fälle sei Immobilisierung ohne Injektionen ausreichend … end, doch läßt er die Nachbargelenke frei. Die Ruhe macht versteifte Gelenke wie … wieder beweglich. Beim Übergange zur Bewegung lasse man sich vom Möglichen l … en leiten.

Vereiterte Gelenk … lenke reseziert auch D.; die Besorgnis vor Zurückbleiben im Wachstum dürfe nic … nicht hindern, da bei konservativer Behandlung die Knorpel gleichfalls leiden. Ist … Ist man genötigt, zu redressieren, muß sofort danach ein Gipsverband angelegt wer … werden; oder man sucht es in Etappen zu erreichen, indem alle 5 Tage während des … des modellierbaren Zustandes des Gipses die Stellung verbessert wird.

Gelpke (Basel): … el): Die Tuberkulose der Synovialis ist grundsätzlich gleich zu achten der Serositis t … is tuberculosa. Punktiert man ein Hydarthros, so sammelt sich die Flüssigkeit wieder … eder; dies geschieht auch nach Laparotomie. Das frisch auf-

getretene Serum halte man nun für bakterizid, weil danach in etwa 60% der Fälle Ausheilung erfolge. Doch gilt dies auch für das spontan entstandene; nur ist es nach längerem Bestehen verbraucht; wird es abgelassen, bildet sich wieder neues, heilkräftiges. Seine Tierexperimente scheinen ihm das zu beweisen. Es scheinen auch die Fälle mit Exsudation günstiger zu verlaufen. Das ist ein Wink, diese erst dann zu beseitigen, wenn, nach dem Verlaufe zu urteilen, die bakterizide Kraft erlahmt ist. Bei Injektionen ist das Jodoform vielleicht ganz gleichgültig oder nachteilig, und nur das sekretionsanregende Glyzerin von Wirkung.

de Quervain (Chaux-de-fonds) bezeichnet als Crux medicorum die Mischinfektionen; in der Bekämpfung der Gelenktuberkulosen sei eines der wesentlichsten Mittel die Belehrung, zu verhindern, daß geschlossene Tuberkulosen nicht durch törichte Eingriffe geöffnet werden, und zu bewirken, daß die Anfangsstadien richtig erkannt und als solche dem Chirurgen zugeführt werden.

Garrè (Breslau) möchte dem noch hinzufügen, daß das Bestehen von Fisteln für die Umgebung eine Gefahr bedeute.

Hoffa (Berlin): Der Gipsverband ist es nicht, der die Muskeln atrophisch macht, sondern die Gelenkerkrankung; die Inaktivitätsatrophie schwindet nach geeigneter Behandlung. Je sicherer wir fixieren, desto eher ist die Wiederkehr der Funktion zu erwarten.

v. Eiselsberg (Wien) bringt den v. Mikulicz'schen Verband zur Streckung kontrakturierter Gelenke in Erinnerung: exakter Gipsverband mit Zwischenschiene und Querspaltung; nach und nach werden Korkplatten von größerer Dicke eingeschoben; er hat dies 150mal angewendet.

Hingston (Montreal) hebt nochmals den großen Wert der Freiluftbehandlung für Gelenktuberkulose hervor.

V. Sitzung vom 22. September 1905.

Therapie der Peritonitis.

1. Ref. Friedrich (Greifswald) hat sich im wesentlichen die Physiopathologie der Peritonitis zum Gegenstande des Referates gewählt, zu deren Erweiterung er durch eigene Untersuchungen beigetragen hat. Diese betreffen sowohl die Resorptionsvorgänge, als die Bakterienflora bei Bauchfellentzündung. Letztere ist ziemlich ungleichmäßig, aus 6 bis 8 Spezies, z. T. anaerober, zusammengesetzt; die Streptokokken stehen nach seiner Erfahrung nicht vorn an. Demnach ist auch eine spezifische Behandlung mit Seris vorläufig als aussichtslos zu betrachten. Die Resorption der Toxine ist es im wesentlichen, die das Bild der Bauchfellentzündung zeichnet. Versuche mit Traubenzucker und konzentrierten Kochsalzlösungen zeigen zuerst eine anfängliche Exsudation, die regelmäßig nach 2 Stunden ihre Höhe erreicht, um dann langsamer Resorption Platz zu machen. Diese muß vor allen Dingen beeinflußt werden; sie ist gefährlich wegen der enormen Fläche des Bauchraumes und der Gefährdung der Medulla.

Die früheren internen Maßnahmen — Opium und Eis — waren sehr wohl geeignet, die Resorption zu verringern; in der Tat heilen ja auch eine Reihe von Peritonitiden aus, die von Appendicitis herrühren. Doch erreichen wir recht viel durch die Laparotomie, vorausgesetzt, daß sie sehr früh ausgeführt wird. Maßgebend für frühe Diagnose sind Bauchwandspannung, die fehlen kann bei tiefem Sitz ohne Beteiligung des Peritoneum parietale (Lennander), und der Puls; wenn dieser scheinbar 80 pro Minute beträgt, beruht dies auf intermittierender Herztätigkeit. Auch die Lokalität des Ausgangspunktes ist von Wichtigkeit; man gehe direkt auf denselben los, um event. Perforationen zu schließen, den Wurmfortsatz abzutragen. F. vermeidet die Auspackung, macht keine Spülungen, wählt den Schnitt nicht größer als nötig zur Aufsuchung des Herdes, macht lieber noch einige Inzisionen zur nachfolgenden Drainage. Diese wird durch »Blättertamponade« (Einlegen von Gazestreifen zwischen die Schlingen usw.) gesichert. F. umgeht, wenn irgend möglich, die Anlegung einer Darmfistel, weil sie zu Enteritis Veranlassung gebe. Die Entleerung des Darmes bewirkt er mittels Klysmen, Waschungen



usw. ohne Drastika, Phy... ysostigmin; dann ist eine wesentliche Aufgabe die Hebung der Widerstandskraft du... durch künstliche Ernährung.

2. Ref. Krogius (Helsingfors). Sein Referat sollte jedem Arzt aufs angelegentlichste empfohlen un... und vermittelt werden; es behandelt die Frühdiagnose und schildert die große Vera... erantwortlichkeit der leichtfertigen Beruhigung abdominaler Schmerzen mit Morphium... ium. Nicht ob man eine Peritonitis »schon« operieren solle, sondern höchstens ob m... man im vorgerückten Stadium »noch« den Eingriff für zulässig hält, bedürfe der ...r Erwägung. Im übrigen decken sich die Anschauungen so ziemlich mit den von Friedrich entwickelten. K. bedient sich zur Drainage des v. Mikulicz'schen Beut... euteltampons. Ileus, den man ihr vorwirft, kommt auch so nach Peritonitis zustande... nde. Unter 120 Peritonitiden hat er ihn 5mal beobachtet und durch Laparotomie ... ie geheilt. Mit der Darmentleerung hat es keine so große Eile; der paretische Dar... Darm muß Zeit haben; event. führe man Enterostomie nach Witzel aus und lege ei... ein Rohr ein. So bringe man die Mehrzahl der Peritonitiden durch. Von 25 appendi... ndicitischen Bauchfellentzündungen, die innerhalb der ersten 24 Stunden operiert wu... wurden, verlor K. nur vier. Die exquisit septischen Fälle heilen nicht. Sera sind ... nd unwirksam; man müßte eins für jeden einzelnen Kranken erst herstellen.

3. Ref. Lennander (Upsala) war durch Krankheit verhindert sein Referat zu halten. L., dem wir wi... wichtige Bereicherungen unserer Kenntnisse des Peritoneums verdanken, ist auch in d... n der Behandlung der Bauchfellentzündung z. T. eigene Wege gegangen. Zunächst bri... bringt er noch bemerkenswerte Daten aus der Physiopathologie der Erkrankung, d... der vasomotorischen und paralytischen Vorgänge im Peritonealraum und den Ein... Eingeweiden selbst, erläutert seine Nomenklatur, indem er statt diffuser Peritonitis die B... e Bezeichnung der Peritonitis migrans und libera progressiva in Vorschlag bringt. Vor allem verlangt er von den bioptischen Befunden bei Laparotomie noch viel ... el detailliertere Beschreibungen, wenn sie zum Vergleiche der Behandlungsweisen, die ... die noch so viel abweichendes darbieten, verwendbar sein sollen. Natürlich verlan... langt auch er früheste Diagnose und Operation; vorher erfolgt Entleerung des Mastdar... armes; möglichst genaue lokale ätiologische Diagnose. Prüfung des Grades der Da... Darmlähmung mittels Elektrizität oder Salz; einfache Kontraktion ohne Peristalti... altik deutet auf toxische Lähmung des Pl. Auerbachii. In diesem Falle, wo meist ... st der Kranke schon »sich in seine abdominalen Gefäße verblutet«, intravenöse Inf... Infusion (0,9% Kochsalz + 0,3% Traubenzucker). Eröffnung in der Gegend des Her... Herdes, feuchte Asepsis, Spülungen mit Kochsalzlösung, vor allem bei trockenem Ba... Bauchfell. Abgekapselte Herde öffnet L. mittels kleiner Inzisionen und überspült s... t sie nach gründlicher Reinigung mit flüssigem Vaselin; um die Sekretion des getro... trockneten Bauchfells anzuregen, verwendet er Aufgüsse von Traubenzuckerlösung. ... Seine Darstellung der Tamponade bringt raffinierte Einzelheiten, die unmöglich all... alle mitgeteilt werden können. Auch bezüglich seiner Technik der Enterostomie, der D... Darmentleerung usw. muß auf das Original verwiesen werden, und es sei nur noch erw... erwähnt, daß L. im Notfalle, wenn es nicht gelingt, die ausgelagerten Därme zu re... reponieren, die Resektion solcher Schlingen empfiehlt. Wie die bisherigen Ref. anäs... nästhesiert L. zu Beginn der Operation mit Äther, in der von ihm angegebenen Weise ... ise unterbrochener Narkose. Drainageöffnungen legt er, wo nötig, parasakral und ... d lumbal an (um die subdiaphragmatischen Räume zu entleeren).

4. Ref. Lejars (Paris) verbreitet sich ausführlicher über die Bakterienflora der Peritonitis in ihrer Bezi... ziehung zur Ätiologie; er stützt sich dabei hauptsächlich auf die Studien von Dud... dgeon und Sargent, um sodann auf die Verteidigungsvorrichtungen des Bauch... uchfells überzugehen; diese sind: 1) die Phagocytose, die meist schnell erlahmt; 2) die ... ie Fibrinabsonderung; einen abschwächenden Einfluß auf die Infektionen übt auch ... die Magensalzsäure und die Galle bei Perforationen dieser Organe (Brunner, E... Erhardt). L. hat dies letztere bei Experimenten an Katzen bestätigt gefunden. W... Wenn es auch sicher ist, daß etwa 5% von Perforationsperitonitiden mit medikam... mentöser Behandlung heilen können, so ist es doch bisher

nicht möglich gewesen, diagnostische Gesichtspunkte aufzustellen, solche von den fataliter progredienten zu unterscheiden, und somit ist die Frühoperation (v. Beck: womöglich 1 Stunde nach der Diagnose) das richtigste; so rettet man innerhalb der ersten 24 Stunden etwa 52%. Ob große oder kleine Inzisionen, Spülung oder trockenes Abwischen, und welche Form der Drainage verwendet werden solle, kann nach Ansicht des Autors erst entschieden werden, wenn der Leib offen ist. Die Nachbehandlung wird im allgemeinen mit den anderen Reff. übereinstimmend geschildert.

5. Ref. McCosh (Neuyork) weicht in einigen Punkten von den Vorrednern ab. Er verwirft die Enterostomie als Nachbehandlung und näht den zur Entfernung des Inhaltes geöffneten Darm; ferner hält er das Austamponieren gleichfalls für schädlich und drainiert mit sogenanntem »Zigarettendrain« (mit Guttapercha umwickelter Gaze). Die Kranken nehmen nachher die Fowler'sche Lage ein; sonst ist auch McC. der Ansicht, daß die Prognose des Eingriffes abhängt von seiner Kürze, Einfachheit und der Möglichkeit, die Infektionsquelle zu schließen.

6) Ref. de Isla (Madrid) zieht in den Bereich seiner Betrachtung auch die nicht bakteriellen peritonitischen Reizungen, die ebenso wie eine Anzahl septischer sowohl medikamentöser als chirurgischer Behandlung zugängig sind; es gibt keine einheitliche, für alle Bauchfellentzündungen brauchbare Operationsmethode. Ein wesentlicher Anteil der Behandlung ist die Hebung der subjektiven Widerstandskraft mit intravenöser und subkutaner Einverleibung von Sauerstoff (Apparat von Peno) und Spülungen des Bauchraumes mit Sauerstoff imprägnierter Kochsalzlösung.

Diskussion: Sargent (London) berichtet über seine bakteriologischen Untersuchungen und beansprucht für den Staphylokokkus albus eine hervorragende ätiologische Rolle.

Dahlgren (Upsala) demonstriert sein »Melkinstrument«, eine Wringmaschine im kleinen, deren er sich bei Darmparalyse zur Entleerung der Schlingen bedient, die inzidiert werden mußten. Der Kranke wird in Seitenlage gebracht, der Darm nachher gespült, wenn möglich genäht. Die Enterostomie soll nicht ohne strenge Indikationen gemacht werden.

Sonnenburg (Berlin): Die verschiedenartig benannten Peritonitiden sind oft genug nur Stadien derselben Affektion und somit als Unterlage für Statistiken höchstens der Ausgangspunkt verwendbar. Oft genug ist es nicht die Art eines Bakterium, sondern der Virulenzgrad und vice versa die Resistenz des Individuums, welche den Verlauf bestimmen. Die Fälle, welche innerhalb der ersten 24 Stunden zur Klinik kommen, sollen alle, die späteren nur mit Auswahl operiert werden.

Nach S. ist ein eindeutiges Frühsymptom durch die Blutuntersuchung (Hyperleukocytose) zu erkennen. Unser Heilplan hat zwei Aufgaben zu erfüllen: 1) Die Bekämpfung der Infektion, durch Beseitigung des Herdes, Entfernung des Exsudates unter Vermeidung der Eventration; Spülung und Tamponade sind oft nötig. 2) Die Erhöhung der Resistenz durch Begünstigung der Hyperleukocytose (Pferdeserum, Kochsalzlösung).

Rouffart (Brüssel): Um die Operationsresultate vergleichen zu können, dürfe man nur gut beobachtete Fälle bringen. Das Aussehen von Serosa, Belag und Erguß müßte stets genau beschrieben werden. Günstig seien die Fälle mit glatter Serosa und reichlichem Erguß, schwer die postoperativen mit trockenem Peritoneum, fehlendem Exsudat. Für eine günstige präventive Maßregel hält R. die Abtrocknung des Bauchfelles. Drainage sei nur da berechtigt, wo man Flächen zurückließe, die noch weiter sezernieren. Bei bestehender Peritonitis operiere man schnell; hier sei Drainage nötig. Die Reinigung erfolge am besten mit Wasserstoffsuperoxyd, welches mit einer gründlichen Säuberung des Drains einen Heilungsreiz auf die Umgebung ausübe.

Jaffé (Posen) führt aus: Während bei frischer Peritonitis kaum wesentliche Meinungsverschiedenheit herrschen könne über Zeitpunkt und Technik der Operation, lasse die letztere bei langsam fortschreitenden Fällen im Stich; hier wechseln



sich Abgrenzung und
allgemeinen Ausbreitu
Noch viel zu weni
glas zu bilden. J. hat
des Uterus nach vorn
Mastdarme her. Die
auf Ausheilung der re
Témoin (Bourges
Peritonitiden operiert
den ersten 48 Stunden
heben und wischt die
ruch verschwindet. Is
felten Fällen operiert
fall auch auf dem Lan
Verchère (Paris
einander gehenden An
einen rechten Weg zu
selbst löbliche. Ist E
Phlegmone peritonei
testinalis bekämpfend.
eine Laparotomie gem
stens sei eine Art Ex
Den Darm entleere er
Van Engelen (B
kokkenserum, dem er
ralen als postoperative
Er schildert seine Be
nach massiven Injekti
sich des Serum Marm
Zawadsky (War
von 60 Bauchverletzu
zuvörderst vom vorzüg
Sterilisation, dem Op
einspritzung bedingt
Ullmann (Wien)
abwärts zu drainieren.

24) G. Lepage. opération c

Genaue Beschreib
vor dem normalen Sc
ist bei beiden der g
Mutter, die sonst no
pygmäenhaften Rücks

25) E. Kirmisson et différents

K. ist ein Anhä
Grundlage der multi
früher von ihm beob
einen zweiten, ein 9
neben den Exostosen,
in demjenigen Falle,
Mitteilung bildet, ke

---

d Fortschreiten ab, und es sei wichtig zu wissen, welches die
tungswege der Peritonitis seien.
enig werde die Neigung berücksichtigt, Lokalisationen im Dou-
hat 39mal solche nachgewiesen — bei Frauen durch Anziehen
n abwärts — und gespalten; am besten tue man dies vom
e Lokalisation im linken Douglas — 7mal beobachtet —, läßt
rechten Seite schließen.
ges) hat in den letzten 3 Jahren etwa 112 Fälle appendicitischer
rt mit 14 Todesfällen; die günstigsten Erfolge erreicht man in
len. Er inzidiert neben dem Rectus, läßt die Bauchwand hoch
ie Därme ab, falls der Eiter übel riecht, so lange, bis der Ge-
Ist das Bauchfell glatt, drainiert er nicht. Auch in verzwei-
rt er noch — hat zwei unerwartete Erfolge; operiert im Not-
Lande.
ris) stellt mit unverhohlener Ironie die oft ziemlich weit aus-
Ansichten der Ref. gegenüber, die nicht imstande wären, uns
zu zeigen. Es gäbe zu verschiedene Peritonitiden, gutartige,
Eiter da, macht er Inzisionen; die anderen behandelt er als
i antiphlogistisch, symptomatisch die Septhaemia peritoneo-in-
nd. Er habe unter den mehrfach geschilderten Umständen nie
emacht und halte das für »Chirurgie des ponts funêbres«; höch-
Explorativlaparotomie mit zwei kleinen Inzisionen berechtigt.
er durch Einläufe, Spülungen, elektrische Einwirkungen usw.
(Brüssel) benützte mit Vorteil massive Injektionen mit Strepto-
er einen radikalen Erfolg nachrühmt, ebensowohl bei puerpe-
tiven Peritonitiserkrankungen; auch präventiv wendet er es an.
Behandlung eines bereits hypothermischen Falles, bei dem er
ktionen erst am 4. Tage zur Laparotomie schritt. Er bedient
rmorek (oder Denys, Louvain).
Varschau): Bericht (außerhalb des Themas) über die Behandlung
zungen. Er hebt hervor, daß die gezeitigten guten Resultate
züglichen Dienste der ersten Hilfeleistung, der 10 Minuten langen
Operieren mit Gummihandschuhen und der präventiven Nuklëin-
t wurden.
en) empfiehlt, bei der Appendektomie durch den Douglas nach
en. **Christel** (Metz).

Un cas d'achondroplasie chez un foetus extrait par césarienne chez une femme achondroplasique.
(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 2.)

reibung von Mutter und Kind, welche die Operation 3 Wochen
Schwangerschaftsende gut überstanden haben. Der Zwergtypus
gleiche — Fehlen der Epiphysenknorpel im Röntgenbilde der
normal gebaute Geschwister hat —; es handelt sich um einen
ckschlag. **Herm. Frank** (Berlin).

on. Exostoses multiples coincidant avec une scoliose s arrêts de développement du coté des membres.
(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 3.)

hänger der Volkmann'schen Theorie von der rachitischen
ltiplen Exostosen mit Wachstumsstörungen. Zu einem schon
bachteten Falle, der in diesem Sinne spricht, fügt er hier noch
9jähriges Mädchen mit den deutlichsten Zeichen von *Rachitis*
n, Genu valgum, Plattfuß usw. Dagegen betont er selbst, daß
, welcher unter der Titelüberschrift den Hauptgegenstand dieser
kein Zeichen von Rachitismus vorliegt. Es handelt sich um ein

12jähriges Mädchen mit vielfachen Exostosen an den Unterschenkeln, Füßen, Armen, Verbiegungen an Fingergelenken, Ungleichheit der Gliedmaßen usw., die durch Röntgenbilder verdeutlicht werden. Es scheint, daß hier die Mutter und eine Schwester ebenfalls Knochenanomalien aufweisen. **Herm. Frank** (Berlin).

26) **Broca.** Diagnostic d'une ostéomyélite prolongée remontant à la première enfance.

(Revue mensuelle des malad. de l'enfance T. XXIII. p. 1.)

Vorlesung über einen Fall, in dem ein kleiner Herd rarefizierender Osteomyelitis 8 Jahre nach einer schweren Kniegelenkseiterung im Säuglingsalter in Erscheinung getreten war. Derselbe wurde im 10. Lebensjahre operativ geheilt. Die Differentialdiagnose gegen Tuberkulose ergibt sich im wesentlichen aus der Überlegung, daß eine tuberkulöse Gonitis, die im 1. Lebenshalbjahr eine Gelenksinzision erforderte, unmöglich mit einem intakten Kniegelenk ausgeheilt wäre. In einem hierbei erwähnten zweiten Falle war infolge einer im 1. Jahre entstandenen und nach 2monatiger Eiterung geheilten Affektion in der Hüftgegend eine leichte Subluxation des Hüftgelenkes zurückgeblieben. Schubweises Auftreten leichter Gelenkentzündungen. Das Röntgenbild zeigte verbreiterte Pfanne durch geringe Ausbildung des hinteren oberen Randes, Vertikalstellung des Femurhalses. Die lange Dauer der Krankheit, verglichen mit dem geringen Grade der Veränderungen, ließ schon vor der Röntgenographie die Diagnose Tuberkulose ausschließen.

Göppert (Kattowitz).

27) **Leriche.** Rhumatisme tuberculeux, chronique, deformant.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 3.)

Mitteilung zweier Beobachtungen von älteren Personen mit hochgradigen Gelenkdeformationen an den Händen zusammen mit den ausgesprochensten tuberkulösen Affektionen an anderen Knochen, Drüsen usw. mit Senkungsabszessen. Die Annahme einer einheitlichen Entstehung beider Symptomengruppen aus tuberkulösem Virus ist unabweisbar. Der Autor führt anhangsweise an, daß nach Beobachtungen an den Sanatorien von d'Hauteville und Leysin auf fünf Phthisiker eine Kombination mit »Rheumatismus« kommt. **Herm. Frank** (Berlin).

28) **L. Thévenot** et **Gauthier.** Tuberculose inflammatoire. Tarsalgie des adultes d'origine tuberculeuse.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 4.)

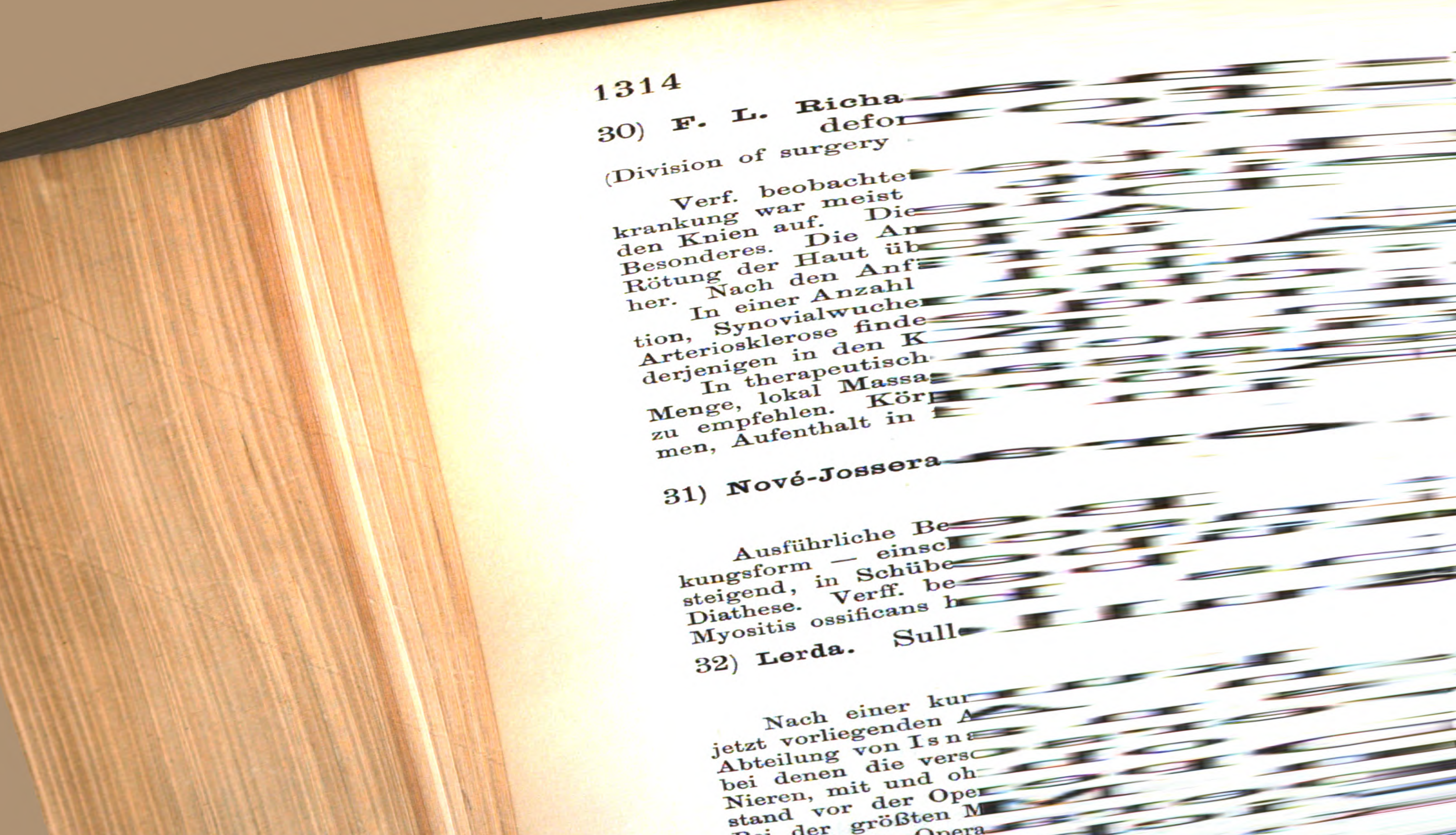
Die Autoren erweitern die Poncet'sche Theorie von der Entstehung des entzündlichen Plattfußes im Jünglingsalter durch bazilläre Infektion auch für Personen im höheren Alter, wofür sie zwei Beobachtungen an einem 27- bzw. 34jährigen Manne heranziehen. Allerdings wird man bei der Deutung dieser Fälle, welche einen entschieden entzündlich infektiösen Charakter tragen, sehr mit der gonorrhoischen Infektionsmöglichkeit zu rechnen haben. (Diagnostische Tuberkulinprobe? Ref.) **Herm. Frank** (Berlin).

29) **H. Everhardt** (Baltimore). A case of tuberculous ostitis treated by X-rays.

(Amer. journ. of surgery 1905. October.)

10jähriger Knabe mit Tuberkulose in der Aszendenz (Tante und Großmutter mütterlicherseits) bot auf der Crista tibiae ein $1/2$ Dollar großes tuberkulöses Geschwür (mikroskopisch untersucht) dar, das Eiter und Knochenfragmente entleerte. Die Tibia in ganzer Länge verdickt und in der Umgebung des Geschwürs nekrotisch, Bein ödematös und auf Druck schmerzhaft. Bestrahlung mit weicher Röhre 5 Minuten lang, zunächst 14 Tage lang täglich, dann 2tägig. Vollkommene Heilung nach 49 Sitzungen seit etwa $2^1/_2$ Jahren. **Goebel** (Breslau).





30) F. L. Richa- defo-
(Division of surgery

Verf. beobachte- krankung war meist den Knien auf. Di- Besonderes. Die A- Rötung der Haut üb- her. Nach den Anf- In einer Anzahl tion, Synovialwuche- Arteriosklerose finde- derjenigen in den K- In therapeutisch- Menge, lokal Massa- zu empfehlen. Kör- men, Aufenthalt in

31) Nové-Jossera-

Ausführliche Be- kungsform — einsc- steigend, in Schübe- Diathese. Verff. be- Myositis ossificans h-

32) Lerda. Sull-

Nach einer ku- jetzt vorliegenden A- Abteilung von Isn- bei denen die vers- Nieren, mit und oh- stand vor der Ope- Bei der größten M- ausgeführten Opera- spezifischen Gewich- war häufig stark, i- fand sich nach de- meist nach 2—4 T- Autopsie weitere A- fanden sich rote u- fiel sechsmal positi- Bei 34 Fällen waren, fand sich j- vorhanden gewesen- Die Hauptrolle somit naturgemäß Operation ist dabe- minurie bestand. In zweiter Li- digungen, Beeinfl- psychische Momen-

…ardson. A clinical report of 75 cases of arthritis …formans (chronic, non-tubercular arthritis).

…y of the med. school of Harvard university, Boston. 19 S. und 10 Tafeln.)

…tete 75 Fälle von Arthritis deformans. Der Beginn der Er…st schleichend, in 16 Fällen akut; der erste Anfall trat meist in …Die in einigen Fällen ausgeführte Blutuntersuchung bot nichts …Anfälle gingen mit Temperatursteigerung, erhöhter Pulsfrequenz, …über dem befallenen Gelenk, event. spindeliger Auftreibung ein…nfällen zeigte sich Bewegungsbeschränkung.

…hl Fälle wurden Neubildung von Knochen, Dislokation. Subluxa…herungen in Knie und Schultern, Muskelatrophie beobachtet. …det sich oft, die Kalkablagerung in den Gefäßen ist oft analog …Knochen.

…cher Beziehung ist gute, leichtverdauliche Nahrung in genügender …sage, Bier'sche Stauung, Sand-Heißluftbäder usw. am meisten …örperliche Anstrengungen, plötzlicher Temperaturwechsel, Trau…n feuchten Räumen wirken prädisponierend.

Grünberg (Leipzig).

…rand et Horand. Sur un cas de myosite ossifiante diffuse progressive.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 3.)

…Beschreibung eines 7½jährigen Mädchens mit typischer Erkran…schließlich der Großzehenkleinheit — vom Nacken nach unten …ben vor sich gehend. Keinerlei ätiologische Beziehung, keine …berichten, daß sie in Frankreich nur drei Beobachtungen von …s haben ausfindig machen können. **Herm. Frank** (Berlin).

…lle alterazioni patologiche dell' urina nei traumatismi operatorii.

(Clinica chirurgica 1905. Nr. 7.)

…kurzen Übersicht über die diesen Gegenstand behandelnden, bis …n Arbeiten geht Verf. auf die Untersuchungen ein, die er auf der …nardi (Turin) angestellt hat. Diese erstrecken sich auf 265 Fälle, …rschiedensten Operationen, mit Ausnahme solcher an Blase und …ohne Narkose ausgeführt worden waren. Nur in zwei Fällen be…peration Albuminurie, die nach der Operation stark erhöht war. …Mehrheit der afebrilen Kranken fand sich nach der in Narkose …eration eine Verminderung der Urinmenge unter Erhöhung des …ichtes, der Azidität und des Gehaltes an Pigment. Die Uratmenge …in einzelnen Fällen sehr stark erhöht. Nur in 15 von 167 Fällen …der Operation Albuminurie, zum Teil mit Zylindrurie, die jedoch …Tagen zurückging; jedoch ging ein Pat. zugrunde, ohne daß die …Aufklärung brachte (Chloroformtod? Ref.). In einzelnen Fällen …und weiße Blutkörperchen im Urin. Die Untersuchung auf Zucker …itiv aus (wie lange die Glykosurie anhielt, ist nicht erwähnt; Ref.) …n fieberloser Pat., die ohne allgemeine Narkose operiert worden …je zweimal Albuminurie bzw. Zylindrurie; war Albuminurie vorher …en, so zeigte dieselbe sich nach der Operation erhöht. …lle in bezug auf die Änderung des Urins nach Operationen kommt …ß der Narkose zu (in 8% der Fälle Albuminurie). Die Dauer der …bei ohne Belang; jedoch ist sie von Bedeutung, falls vorher Albu…

…inie sind anzuschuldigen: Resorptionsprozesse, traumatische Schä…flussung der Blutzirkulation und endlich mit Wahrscheinlichkeit …ente. **Engelmann** (Dortmund).

33) **Penzo.** Sulla influenza dell' iperemia passiva nelle rigenerazione cellulare.

(Atti del reale istituto veneto di scienze, lettere ed arti T. LXIV. P. II.)

Die Experimente P.'s an Kaninchenohren bringen im wesentlichen eine Bestätigung bekannter Tatsachen, nämlich, daß eine leichte Hyperämie die physiologische Zellregeneration günstig beeinflußt, während eine starke Stauung den entgegengesetzten Effekt hat. P. ging bei seinen Versuchen so vor, daß er eine Blutstauung an Kaninchenohren erzeugte und dann das exzidierte Gewebe nebst einem Kontrollstück aus dem anderen Ohr untersuchte und nun die Anzahl der gefundenen Mitosen miteinander in Vergleich setzte.

Im Anschluß hieran beschreibt Verf. die mikroskopischen Befunde von zwei Fällen von Phlebectasia congenita. Dieselben decken sich im wesentlichen mit den bei den Tierexperimenten erhobenen Befunden. **Engelmann** (Dortmund).

34) **A. Frommer.** Bisherige Erfahrungen mit der Bier'schen Stauungshyperämie bei chronischen Eiterungen und in der postoperativen Behandlung.

(Przegląd lekarski 1905. Nr. 33.)

In der Sitzung des ärztlichen Vereins in Krakau vom 21. Juni 1905 stellte F. mehrere Kranke vor, welche auf der chirurgischen Abteilung des St. Lazarus-Spitals (Primararzt Dr. Bogdanik) mit der Bier'schen Stauungshyperämie, zum Teil mit den Klapp'schen Saugapparaten behandelt wurden: Phlegmone, Sehnenscheidenentzündung, Otternbiß, chronische Osteomyelitis, Karbunkel, Mastoiditis, Lymphadenitis, tuberkulöse Gelenksentzündung. Die günstigen Erfolge muntern zu weiteren Versuchen auf. **Bogdanik** (Krakau).

35) **Mignon.** Sinusite catarrhale du sinus frontal avec obstruction du canal frontal.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Décembre.)

Die Pat. M.'s litt seit mehreren Wochen an rasenden Schmerzen in der Gegend der linken Stirnhöhle, so daß M. sich zu deren operativer Freilegung entschloß, trotzdem sich rhinoskopisch niemals ein Anhaltspunkt für das Vorhandensein einer Stirnhöhleneiterung ergeben hatte. Bei der Operation fand sich die Höhle von klarem Schleim angefüllt, der Ductus nasofrontalis durch Schleimhautschwellung stark verengt. Erweiterung des Ductus, Schabung der Schleimhaut. Primäre Naht, glatte Heilung.

M. nimmt an, daß die Schmerzen durch Sekretretention bedingt gewesen seien. **Hinsberg** (Breslau).

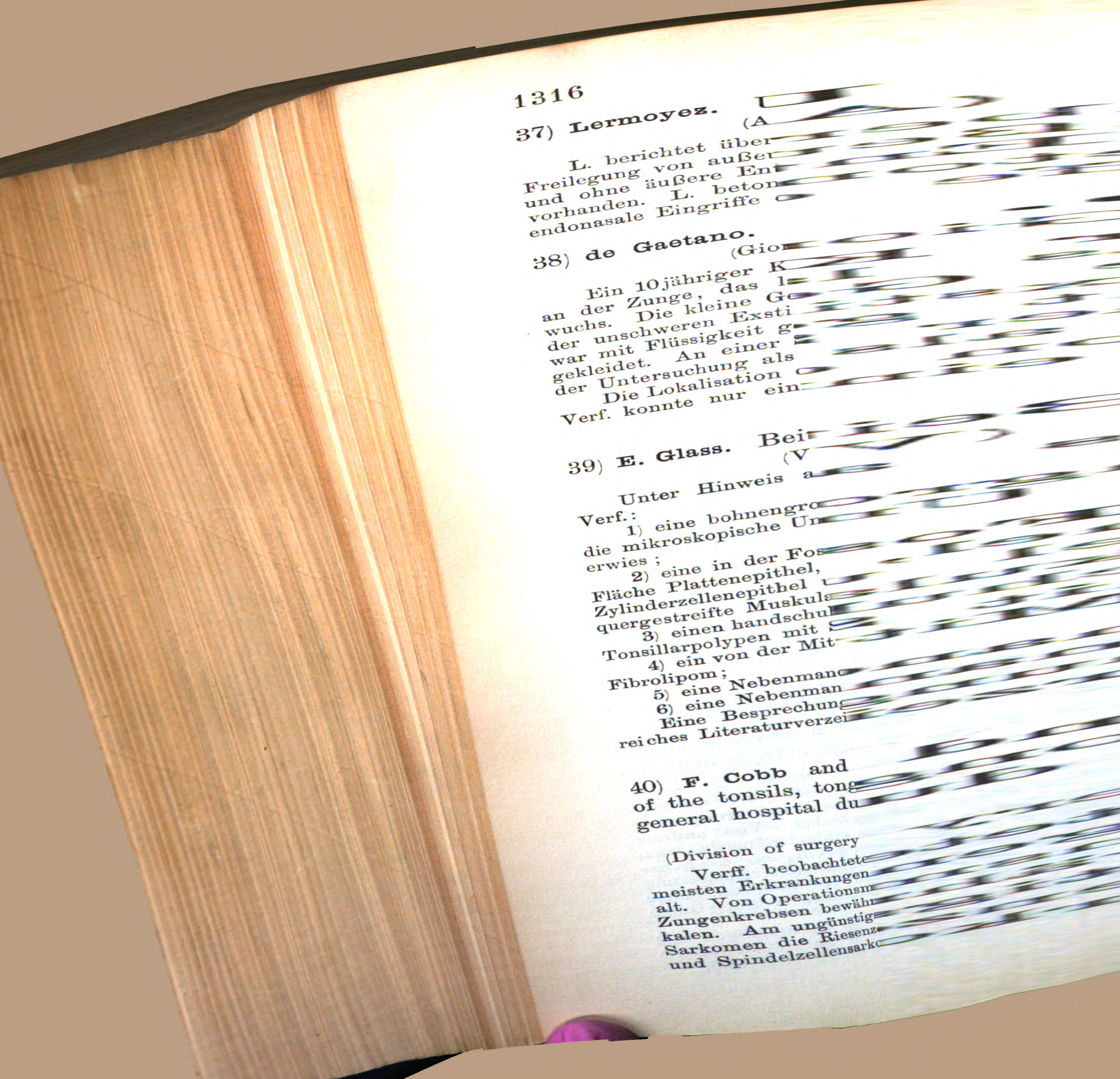
36) **Guisez.** I. Mucocèle ethmoïdale à forme et à dévelloppement tout à fait insolites. II. Sinusite maxillaire due à une ectopie dentaire.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1904. Februar.)

Ad I. Bei der 49jährigen Pat. handelte es sich um eine typische, sehr umfangreiche Mukokele des Siebbeins, d. h. um eine durch cystische Erweiterung einer Ethmoidalzelle entstandene Geschwulst am inneren Augenwinkel. Von anderer Seite war vergeblich versucht worden, die Geschwulst durch einfache Inzision zum Verschwinden zu bringen. G. resezierte deshalb nach breiter Freilegung die ganze verdünnte Außenwand der Zelle und entfernte die Schleimhaut nach Entleerung des fadenziehenden, cholestearinhaltigen Inhaltes. Während der nächsten Tage nach der Operation entleerte sich noch zäher Schleim, dann trat Heilung ohne Entstellung und Funktionsstörung des Auges ein.

Ad II. Beim zweiten Falle fand sich als Ursache einer sehr hartnäckigen und stürmisch verlaufenden Kieferhöhleneiterung bei der Operation ein in die Höhle verlagerter, kariös gewordener Molaris. **Hinsberg** (Breslau).





37) **Lermoyez.** Un cas de cancer de l'ethmoïde.

(A... Ann. des malad. de l'oreille etc. 1904. Juli.)

L. berichtet über ... er ein ausgedehnetes Karzinom des Siebbeins, das nach breiter Freilegung von außen ... en her entfernt wurde. Die Operationswunde heilte sehr schnell und ohne äußere Ent... ntstellung; 1 Jahr nach der Operation war noch kein Rezidiv vorhanden. L. beton... ont bei dieser Gelegenheit, daß bei derartigen Geschwülsten endonasale Eingriffe ... e durchaus verwerflich seien.

Hinsberg (Breslau).

38) **de Gaetano.** Un caso di cysticercus cellulosae della lingua.

(Gio... iorn. internat. delle science med. ann. XXVI.)

Ein 10jähriger K... Knabe bemerkte seit 2 Jahren das Auftreten eines Knötchens an der Zunge, das l... lange Zeit seine Größe nicht veränderte, dann aber schnell wuchs. Die kleine G... Geschwulst saß an der linken Seite der Zunge und maß nach der unschweren Exsti... stirpation 12 mm in der Länge und 8 mm in der Breite. Sie war mit Flüssigkeit g... gefüllt, und das Innere mit einer grauweißen Membran ausgekleidet. An einer ... r Stelle dieser fand sich ein kleines Körperchen, das sich bei der Untersuchung als ... als der Kopf eines Cysticercus cellulosae entpuppte.

Die Lokalisation ... n des Cysticercus an der Zunge stellt eine große Seltenheit dar; Verf. konnte nur ein... einige wenige analoge Fälle aus der Literatur zusammenstellen.

Engelmann (Dortmund).

39) **E. Glass.** Beiträge zur Pathologie gutartiger Tonsillartumoren.

(V... Virchow's Archiv Bd. CLXXXII. p. 91.)

Unter Hinweis a... s auf die Seltenheit gutartiger Mandelgeschwülste beschreibt Verf.:

1) eine bohnengro... große Geschwulst, die der linken Mandel aufsaß und sich durch die mikroskopische Un... Untersuchung als ein den Dermoidcysten nahestehendes Gebilde erwies;

2) eine in der Fos... Fossa supratonsillaris sitzende Geschwulst, die auf ihrer lateralen Fläche Plattenepithel, ... el, Haare, Schweiß- und Talgdrüsen, auf der medialen dagegen Zylinderzellenepithel u... l und Schleimdrüsen und in ihrem Zentrum Fettgewebe und quergestreifte Muskula... ulatar zeigte;

3) einen handschu... huhfingerförmig auf der Oberfläche der rechten Mandel sitzenden Tonsillarpolypen mit S... it Schleimdrüsenbildung;

4) ein von der Mit... Mitte der linken Mandel mit einem schmalen Stiel entspringendes Fibrolipom;

5) eine Nebenmand... andel mit stark erweiterten und prall gefüllten Lymphgefäßen;

6) eine Nebenman... andel eines Phthisischen mit hyaliner Degeneration.

Eine Besprechung ... ung der Entstehungsweise der Geschwülste und ein umfangreiches Literaturverzei... zeichnis bilden den Schluß der Arbeit.

Doering (Göttingen).

40) **F. Cobb** and ... d **C. C. Simmons.** The results in cases of cancer of the tonsils, tong... ngue and jaws, operated upon at the Massachusetts general hospital du... during eight years from january 1, 1892, to january 1, 1900.

(Division of surgery ... ry of the med. school of Harvard university, Boston. 10 S.)

Verff. beobachtete... eten 92 Karzinome, 71 bei Männern und 21 bei Frauen; die meisten Erkrankungen ... en zwischen 50 und 60 Jahren; der jüngste Pat. war 21 Jahre alt. Von Operationsm... smethoden wurden konservative und radikale angewendet. Bei Zungenkrebsen bewäh... ährten sich seltsamerweise die konservativen besser als die radikalen. Am ungünstig... igsten sind die Krebse der Mandeln und des Unterkiefers; von Sarkomen die Riesenz... zellen-, Fibro-, Myxo- und Osteosarkome günstiger als Rund- und Spindelzellensarko... kome.

Grünberg (Leipzig).

41) **O. Frankenberger.** Angeborene Atresie des Kehlkopfes.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXII. p. 64.)

Eine Besprechung der Mißbildungen des Kehlkopfes bildet die Einleitung. Dann folgt die ausführliche makro- und mikroskopische Beschreibung eines durch ein Diaphragma völlig verschlossenen Kehlkopfes, der durch Autopsie eines totgeborenen unreifen Kindes gewonnen war.

Mit einer Erörterung über den Entstehungsmodus derartiger Atresien unter Berücksichtigung der Entwicklungsgeschichte des Respirationstraktus schließt die Arbeit. **Doering** (Göttingen).

42) **Degny et Detot.** La laryngite cricoïdienne ulcéreuse.

(Revue mens. des malad. de l'enfance Bd. XXIII. p. 25.)

Ulzeröse Veränderung mit ausgedehnter Bloßlegung des Ringknorpels infolge einer 2tägigen Intubation bei nicht diphtherischer Laryngitis. Verff. sehen hierin das typische Anfangsstadium der chronischen, subglottischen Laryngitis nach Intubation, das hier nun gleichsam zufällig durch plötzliche Erstickung der anatomischen Untersuchung zugänglich gemacht wurde. Die meisten dieser Fälle zeigen auch primär keine Diphtherie. Zwischen den Resten der Schleimhaut und dem Knorpel hatte sich ein dichter Leptotrixrasen gebildet. Demselben wird die Bedeutung zugeschrieben, daß er die Heilung der primären traumatischen Geschwüre verhindere und so anderen Krankheitserregern den Weg offen halte.

Göppert (Kattowitz).

43) **Gaudier.** De la trachéotomie au cours de la tuberculose du larynx.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1904. Juli.)

Die Tracheotomie, die eine Zeitlang eine große Rolle in der Therapie der Kehlkopftuberkulose spielte, wird heute von vielen Laryngologen nur noch im Notfalle, d. h. wenn Dyspnoe dazu zwingt, angewandt. Die von G. mitgeteilten Fälle beweisen, daß diese Zurückhaltung nicht ganz berechtigt ist; es gelang ihm, bei verschiedenen Pat. durch den Luftröhrenschnitt eine ganz erhebliche Besserung der Beschwerden, vor allem der quälenden Dysphagie zu erzielen. Auch objektiv äußerte sich in einzelnen Fällen der günstige Einfluß der Ruhigstellung des Kehlkopfes durch Rückgang der Infiltrate. Ref. kann diese Beobachtungen auf Grund eigener Erfahrungen bestätigen. **Hinsberg** (Breslau).

44) **Caboche** et **Paisseau.** Sarcom secondaire métastatique de la zone sous-glottique du larynx.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Dezember.)

Pat., ein 51jähriger Mann, früher wegen Lues behandelt, wurde wegen Atemnot ins Hospital eingeliefert. Laryngoskopisch sah man zwei rötliche, glatte subglottische Wülste bei sonst normalem Kehlkopfe. Wegen der Antecedentien wurde die Neubildung für luetisch gehalten und demgemäß Kalomel verordnet. Nachts plötzlich Verschlimmerung der Dyspnoe, Tod trotz Tracheotomie.

Autopsie: Mediastinalgeschwulst, nußgroße Geschwulst in der linken Mamma. Diese Geschwülste, ebenso wie die subglottischen Wülste, erwiesen sich mikroskopisch als Rundzellensarkome.

Metastatische Sarkome des Kehlkopfes sind sehr selten.

Hinsberg (Breslau).

45) **L. Delair.** Larynx et glotte artificiels.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1904. September.)

Wegen der bekannten Mängel, die dem bisher konstruierten künstlichen Kehlköpfen anhaften, hat D. auf Anregung von Sebileau einen neuen Sprechapparat für Laryngektomierte konstruiert. Die »Stimme« ist bei ihm vermittels einer an



den Zähnen festsitzen[illegible]nden Platte so befestigt, daß sie dem weichen Gaumen anliegt. Der zum Anblasen n[illegible] nötige Luftstrom wird von der Tracheotomiekanüle aus durch einen dünnen Gummi[illegible]schlauch zwischen den Lippen durch in den Mund und zur »Stimme« geleitet.

Die Vorteile dies[illegible]es Apparates sind nach D. folgende:

1) Der Apparat k[illegible] kann leicht herausgenommen und gereinigt werden.

2) Der Schluckak[illegible]akt ist ungehindert, Speisen können in den Apparat unmöglich hineingelangen.

3) Die Bewegung[illegible]ngen des weichen Gaumens sind nicht behindert, deshalb ist die Sprache sehr deutlich[illegible]ch.

Die genauere Ko[illegible]onstruktion ist aus 8 Textfiguren ersichtlich.

Hinsberg (Breslau).

46) **G. Killian.** Extraktion von Fremdkörpern aus Ösophagus, Trachea und Bronchien.

(Verhan[illegible]andlungen der süddeutschen Laryngologen 1905.)

Während bei gla[illegible]glatten Fremdkörpern (Münzen) die Ösophagotomie heutzutage nicht notwendig ist, i[illegible], ist dieselbe bei scharfkantigen direkt indiziert und jeder Versuch einer ösophagosk[illegible]skopischen Extraktion verboten. So ließ Verf. einen Glassplitter eines Bierglases, wel[illegible]elcher bereits 5—6 Stunden nach dem Verschlucken ein Emphysem verursacht h[illegible] hatte, unter Verzicht auf jedweden Eingriff von innen, sofort mittels Ösophagotomi[illegible]mie entfernen. Ferner berichtet er über die Entfernung eines Steinchens (13 : 9 : 3 m[illegible]3 mm), welches mittels direkter oberer Tracheoskopie aus dem Eingange des rechten[illegible]en Hauptbronchus entfernt werden konnte; mit direkter oberer Bronchoskopie gelang[illegible]ang es bei einem Morphinisten, die aspirierte Nadel einer Injektionsspritze tief aus [illegible] dem rechten Hauptbronchus, 32 cm von der oberen Zahnreihe entfernt, zu extrahier[illegible]ieren. Endlich berichtet Verf. über die Entfernung eines kleinen Zinnpfeifchens aus [illegible] dem rechten Stammbronchus; der Fall bot die größten Schwierigkeiten, da [illegible] es ungemein schwer war, den eigenartig geformten Fremdkörper, 36 cm vom A[illegible] Auge des Operateurs entfernt, in einem winzigen Operationsfelde zu fassen. Dre[illegible]rei Sitzungen und die Konstruktion mehrerer Instrumente, die der Form des Fremd[illegible]ndkörpers Rechnung zu tragen hatten, waren erforderlich, um das Ziel endlich zu e[illegible] erreichen. Der Fall stellt aber wirklich eine Feuerprobe für die Leistungsfähigkei[illegible]keit der oberen direkten Bronchoskopie dar; die genaue Schilderung der Details gi[illegible] gibt ein lebhaftes Bild von den zahlreichen zu überwindenden Hindernissen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

47) **R. Hoffmann**[illegible]nn. Ein Fall von isoliertem primärem Karzinom der Trachea.

(Verhandlu[illegible]dlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen 1905.)

1½ Jahr nachd[illegible]hdem sich bei dem 49jährigen Pat. die ersten Beschwerden von Fremdkörpergefühl [illegible]l im Halse gezeigt hatten, entschloß sich derselbe zur Operation; nach Anlegung des [illegible]s in oberflächlicher Narkose geführten Hautschnittes erfolgte der Tod. Die Sektion [illegible]n ergab eine mit breiter Basis der Seitenwand aufsitzende Geschwulst, vom 1.—4. Trachealring reichend und die Luftröhre fast ganz ausfüllend. Luftröhre durch die [illegible]ie vergrößerte Schilddrüse seitlich zusammengedrückt, ferner Fettherz, parenchymatös[illegible]töse Nephritis. Keine Metastasen, keine Drüsenschwellung. Die Vergrößerung der S[illegible] Schilddrüse und das Fettherz seien zusammen für den unglücklichen Ausgang der [illegible]r Narkose heranzuziehen. Erwähnenswert ist, daß die Geschwulst, ein von den Schlei[illegible]eimdrüsen der Luftröhre ausgegangenes Zylinderzellenkarzinom, streng auf die Luftr[illegible]ftröhre beschränkt war; zur Kachexie komme es nicht, weil die Kranken meist vorh[illegible]rher an Luftmangel zugrunde gehen. Verf. hebt auch die Bevorzugung der Hint[illegible]nter- im Vergleich zur Vorderwand hervor. Die für Trachealstenosen charakteris[illegible]ristische Verlangsamung der Respiration war vorhanden, dagegen fehlte die nach Ge[illegible]erhardt typische Vorwärtsneigung des Kopfes.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

48) Sommer und Kijewski. Lungenbrand. Pneumotomie. Heilung.

(Gazeta lekarska 1905. Nr. 24.)

Bei einem 52 Jahre alten Manne konstatierte S. Lungenbrand des rechten oberen Flügels, und es wurde am 18. Februar 1902 von Prof. Kosinski und Kijewski die Pneumotomie ausgeführt. Resektion der 3. Rippe unterhalb des Schlüsselbeines. Es fanden sich starke Verklebungen zwischen Pleura costalis und pulmonalis. Pneumotomie. Nekrotisches Lungengewebe wurde entfernt. Da sich trotzdem der Zustand nicht besserte, wurde am 11. April die 2. Rippe reseziert, worauf rasche Besserung folgte. Der Kranke wurde mit einer Eiter sezernierenden Fistel (Staphylo- und Streptokokken enthaltend) entlassen.

Bogdanik (Krakau).

49) Arnsperger. Perforierendes Aortenaneurysma im Röntgenbilde.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 1.)

Verf. schildert zunächst den Verlauf der Krankheit bei einem 37jährigen Pat. Derselbe hatte im Jahre 1883 ein Geschwür am Penis gehabt und eine Schmierkur durchgemacht. 1897 bekam er plötzlich einen Schwindelanfall, ohne daß ein besonderer Grund vorzuliegen schien. 2 Jahre später wurde Aortenaneurysma festgestellt; auch auf dem Röntgenbilde war der Aortaschatten deutlich verbreitert. Nach zwei Gelatinekuren, die, ohne den objektiven Befund zu ändern, die subjektiven Beschwerden behoben, wurde Pat. 1903 wieder mit Röntgenstrahlen durchleuchtet und mittels derselben ein vom Aortenschatten ausgehender, in das Lungenfeld nach rechts ragender runder Schatten festgestellt, der durch eine zackige Brücke noch mit dem Aneurysmaschatten in Verbindung stand. Da mehrere Hämoptysen vorausgegangen waren, konnte es sich kaum um etwas anderes handeln als eine langsam sich entwickelnde Perforation.

Wenige Tage später starb der Kranke. Die Obduktion ergab die Richtigkeit der durch das Röntgenbild gestellten Diagnose. **Gaugele** (Zwickau).

50) Schinzinger. Das Karzinom der Mamma.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 36.)

S. erinnert an seinen im Jahre 1889 gemachten Vorschlag, bei noch menstruierten Frauen die Entfernung der Ovarien der Amputatio mammae wegen Krebs vorhergehen zu lassen, und an die jetzt namentlich von englischen Chirurgen mit der Oophorektomie beim inoperablen Brustkrebs erzielten Erfolge, während er selbst bisher nicht in der Lage gewesen, obigen Vorschlag praktisch durchzuführen Denn die wenigen Fälle, die dem Alter nach eine Indikation zur Kastration hätten geben können, und die den besonders bösartigen Verlauf des Krebsleidens bei ganz jungen Frauen bestätigen, befanden sich bereits in einem allzu schlechten Zustande. Schließlich berichtet S. noch über einige sehr erfolgreich wiederholte Rezidivoperationen und drei Fälle von Brustkrebs beim Manne. **Kramer** (Glogau).

51) B. Schwarz. Zur Statistik und Behandlung der Mammakarzinome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI. p. 660.)

Von 286 Mammakarzinomen, welche in der Zeit von Januar 1896 bis Juni 1904 in der v. Hacker'schen Klinik behandelt wurden, konnten für die vorliegende Statistik nur 186 verwendet werden, da von den übrigen keine hinreichend zuverlässigen Nachrichten erlangt werden konnten. Nur für wenige Berechnungen war die Gesamtzahl verwertbar, so für die Gesamtmortalität der Operation, welche 20 = 6,9% betrug. Die Todesursachen waren 4mal Herzkollaps, 12mal Pneumonie, 2mal Marasmus, je 1mal Sepsis und Erysipel. Die Operation bestand sehr häufig nur in der Amputatio mammae mit Drüsenausräumung, während die eingreifenderen Methoden nach Rotter, Halsted und Kocher nur in einer Minderzahl der Fälle zur Anwendung kamen. Bei Zugrundelegung einer 3jährigen Beobachtungszeit betrug die Zahl der Dauerheilungen 14,51%. Lokalrezidive wurden bei 43,54% beobachtet. Rezidivoperationen wurden bei 17,74% ausgeführt. Nach



3—6½ Jahren traten noch 17 Spätrezidive auf. Die Supraclaviculardrüsen waren bei 36 Pat. ergriffen. Davon ist nur eine am Leben und bis jetzt rezidivfrei geblieben, doch beträgt die Beobachtungsdauer erst 1½ Jahr.

Anhangsweise berichtet Verf. über drei Fälle von Mammakarzinomrezidiven, bei denen er durch Röntgenbestrahlung Erfolge, allerdings meist nur vorübergehender Art, zu verzeichnen hatte. **M. v. Brunn** (Tübingen).

52) **J. Hertzka.** Transportabler Waschapparat.
(Ärztl. Polytechnik 1905. September.)

Um behufs Operationen, besonders auf dem Lande, gekochtes Wasser dem Kochtopfe bequem und sauber entnehmen zu können, hat H. obigen praktischen kleinen Apparat bei J. Dohnal & Co. in Wien anfertigen lassen. Eine an jedem Tische leicht anzuschraubende Aluminiumzwinge ist mit Hahn und Auslauf einerseits, mit Schlauch und Heber zur Entnahme des Wassers andererseits versehen. Man saugt das Wasser an, und der Apparat ist zum Gebrauche fertig. (Abbildung im Orginal.) **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

53) **R. Fiedler.** Gehautomat »Vorwärts«.
(Ärztl. Polytechnik 1905. September.)

Obiger Apparat läuft auf drei Rädern, das vordere Rad zum Lenken. Armstützen und Krücken halten den Kranken aufrecht. Eine besondere Vorrichtung sorgt für die Vorwärtsbewegung der Beine, so daß Pat. mit ganz gelähmten Beinen den Apparat benutzen können. Auch zum Sitzen ist Vorsorge getroffen. (Zwei Abbildungen im Original.) **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

Zur Radikaloperation der Nabelbrüche.

Kurze Bemerkung von

Dr. ***Karewski*** *in Berlin.*

Die von Herrn Dr. A. Pólya in Nr. 42 dieses Zentralblattes beschriebene Methode, Nabelbrüche radikal zu beseitigen, ist fast identisch mit dem von mir in Nr. 53 der Deutschen medizinischen Wochenschrift 1904 bekannt gegebenen Verfahren. Sie unterscheidet sich nur dadurch, daß die aufpräparierten Aponeuroselappen nicht durch Schnür-, sondern durch Knopfnaht und die sie deckenden Muskelaponeuroseschichten durch eine eigene Nahtreihe, gesondert von der Hautnaht, vereinigt werden. Da die Beobachtungszeit der von Pólya operierten Fälle zu kurz war, um über den Enderfolg ein Urteil zu gestatten, mag es von Wert sein, darauf hinzuweisen, daß die von uns zur[illegible]zeit mitgeteilten Fälle nunmehr seit über 2 resp. 1 Jahr rezidivfrei geblieben sind, und daß ich auch bei zwei weiteren in derselben Art ausgeführten Radikaloperationen von Nabelbrüchen gute Erfolge hatte. Ebenso hat sich genannter Modus procedendi in drei im letzten Jahre behandelten Bauchnarbenbrüchen wiederum durchaus bewährt.

So kann ich mich der Empfehlung Pólya's völlig anschließen, glaube aber, daß die Naht in einzelnen Schichten, wie ich sie ausführe, vorzuziehen ist, weil sie eine exaktere und darum sicherere Vereinigung der Muskelaponeuroseplatten gewährleistet.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 49. Sonnabend, den 9. Dezember. 1905.

Bemerkungen zur Anwendung des Jaboulay'schen Anastomosenknopfes ohne Naht.

(Zentralblatt für Chirurgie 1904 Nr. 41.)

Von

Dr. **Oskar Klauber,**

1. Assistenzarzt der chirurgischen Abteilung (Geh.-Rat Prof. Dr. Meusel) am Herzogl. Landkrankenhaus in Gotha.

Die Bekanntmachung des im Jahre 1900 erfundenen neuen Anastomosenknopfes durch die Publikation Jaboulay's im »Zentralblatt für Chirurgie« hat gewiß auch in Deutschland vielfach Anregung gegeben, diesen in seiner Verwendung bedeutend vereinfachten Darmknopf zu versuchen. Doch scheinen Erfahrungen hierüber bisher nicht bekannt gegeben worden zu sein.

Der neue Knop
bereits vorher auf
exakten Berührung
Fixierung der Knop
beutelnaht vorgenon
über die Schnittränd
zusammengezogen w
Darmwand, da ja
größer geschnitten
Mindestmaß kann
Naht nach v. Hac
1902 Nr. 48), wobei
hebung einer klein
sprechende Konstru
zwischen dem Dur
ringert wird, womit
öffnung für jene Z
der Anastomose lie
wenn man bedenkt,
bereits gefordert ha
allerdings in der A
der Metallmassen
vorkommenden Dek
ist wegen des sc
schwieriger, weil de
in den Darm oder
entsprechender Vo
öffnung hat die B
jene von dem Du
gegen wird im Fal
Wandpartie bei de
definitive Anastomo
Breite des Kreisrin
der Serosaflächen
die Kompression b
3 mm breiten um
welche Breite keine
nachsteht. Auch
Partie ohnehin ra
deutung ist.

Alle obigen V
welcher an sich n
Darmchirurgie, a
wertet. Die Öffn
als der innere Zy
drehen« des Kno
ein Verhalten, d

opf entspricht einer Anforderung sehr gut, welche
verschiedene Art angestrebt wurde, nämlich der
der zusammengedrückten Serosaflächen. Wird die
opfhälften des Murphyknopfes mittels einer Tabak-
ommen, oder besser noch mittels einer fortlaufenden,
nder greifenden zirkulären Naht, deren Enden später
werden, stets kommt es zur Faltenbildung der
die Darmöffnung behufs Einführung des Knopfes
n werden muß, als sie später sein soll. Auf ein
diese Faltenbildung beschränkt werden durch die
acker-Rehm (dieses Zentralblatt 1903 Nr. 1 und
bei es bloß an der Stelle der Knopfnaht zur Auf-
inen Falte kommt; weiters auch durch eine ent-
truktion des Murphyknopfes, indem die Differenz
rchmesser des äußeren und inneren Zylinders ver-
it gleichzeitig eine größere Weite der Anastomosen-
Zeit erreicht wird, während welcher der Knopf in
liegt, ein Vorteil, der nicht gering anzuschlagen ist,
kt, wie viele Opfer Verstopfungen des Knopflumens
haben. Derartige Knöpfe wurden schon konstruiert,
Absicht, durch die gleichzeitig erreichte Verringerung
den Knopf leichter zu machen und den zuweilen
ekubitus hintanzuhalten. Das Einnähen dieser Knöpfe
schmalen den Darm festhaltenden Ringes etwas
der Knopf während des Knüpfens des Fadens leichter
er aus demselben abgleiten kann, gelingt aber bei
Vorsicht. Auf die Weite der bleibenden Anastomosen-
Breite des eingeklemmten Ringes keinen Einfluß, da
Durchmesser des äußeren Zylinders abhängig ist; da-
alle des Ausbleibens der Abstoßung der gequetschten
den neuen Knöpfen mit weitem inneren Zylinder die
mose doch beträchtlich weit bleiben. Daß bei größerer
ringes, wie bei den früheren Knöpfen, die Verklebung
n eine bessere wäre, kann nicht behauptet werden, da
bei beiden Arten von Knöpfen nur mit dem etwa
umgebogenen Rande des äußeren Zylinders erfolgt,
ineswegs der bei der Naht gewählten Berührungsfläche
h verfällt die innerhalb des Druckringes gelegene
rasch der Nekrose, so daß deren Breite ohne Be-

Vorzüge werden durch einen sinnreichen Mechanismus,
nicht neu ist, wohl aber dessen Verwendung für die
an dem Jaboulay'schen Anastomosenknopfe ver-
ffnung in der Darmwand wird nicht größer angelegt
Zylinder erfordert; infolgedessen liegt nach dem »Ein-
opfes die Darmwand ganz flach über der Knopfhälfte,
das jedem Benützer des Knopfes eine willkommene

Neuerung ist. Dabei ist die Breite des inneren Zylinders recht groß gewählt und die vollständig flach geformten Kompressionsflächen scheinen eine recht gute Adaption der Berührungsflächen zu verbürgen. Leider besitzt der Knopf einen schweren Nachteil, welcher vielleicht auch anderen Benützern bereits empfindlich zum Bewußtsein gekommen ist, und auf den aufmerksam zu machen, Zweck dieser Zeilen ist.

Gleich bei einer der ersten Benutzungen im letzten Winter sah ich in der Prager chirurgischen Universitätsklinik bei gutartiger Magenerkrankung eine Knopfvereinigung mit dem Jaboulay'schen Anastomosenknopfe verunglücken. Die Befestigung der Knopfhälften ging tadellos vonstatten. Als aber die beiden Knopfhälften vereinigt werden sollten, blieb an der vorderen Seite ein klaffender Spalt zwischen den Serosaflächen, welcher trotz angewandten intensiven Druckes auf die beiden Knopfhälften nicht zu beseitigen war, und aus welchem Magen-Darminhalt hervorquoll. Der Knopf mußte herausgeschnitten werden und wurde durch andersartige Anastomosierung ersetzt. Damals wurde die schlechte Funktion des Knopfes dahin gedeutet, daß der Schraubenmechanismus der männlichen Hälfte zu subtil gebaut, infolgedessen ein schiefes Zusammenfügen erfolgt sei, und der Jaboulay'sche Knopf wurde deshalb von der weiteren Verwendung ausgeschlossen.

Seither habe ich den Jaboulay'schen Knopf zweimal zu benutzen Gelegenheit gehabt; das erstemal, wo es sich mir um eine möglichst rasche Beendigung der Operation handelte, bewährte sich derselbe ausgezeichnet. Bei einer schwer ikterischen Frau war am 8. September 1905 die Probelaparotomie gemacht und dabei Kompression des Duodenum durch eine gesenkte, nephritisch vergrößerte, rechte Niere konstatiert worden. Am 13. Tage p. op. plötzliche akute Magendilatation; beim Magenausheben Platzen der Bauchnaht und Vorfall einer Dünndarmschlinge. Bei der sofortigen Laparotomie schloß ich der Reposition des Intestinum eine hintere Gastroenterostomie mit dem Jaboulay'schen Knopf an. Die Frau starb 4 Tage später an ihrer Nephritis; bei der Sektion fand sich die Knopfanastomose in idealem Zustande vor; es bestand bereits feste Verklebung, der Knopf war noch fixiert.

Dieser gute Erfolg veranlaßte mich am 7. November 1905 bei einem Ulcustumor mit kontinuierlichem Erbrechen, Magensenkung und dadurch hervorgerufener Abknickung des durchgängigen Pylorus und Magendilatation infolge zufälligen Mangels hinreichender Assistenz an Stelle der gewiß besseren Naht die Gastroenterostomia posterior mit dem Jaboulay'schen Knopf auszuführen. Hier wiederholte sich das in Prag seinerzeit beobachtete Nichtfunktionieren der Kompression mit Austritt von Darminhalt zwischen den Serosaflächen. Ich entschloß mich, die Dehiszenz durch eine sorgfältige zirkuläre fortlaufende Serosanaht zu decken und dann die Wundränder des Mesocolon transversum genauest über der Nahtstelle zu fixieren. Die zahlreichen perigastrischen Adhäsionen der jungen (29jährigen) Frau gewährten mir Vertrauen zu der Verklebungskraft der Serosa, und die Weite des inneren Zylinders des Knopfes ließ die Gefahren eines Persistierens der eingeklemmten Wandpartie gering erscheinen. Der Verlauf war ungestört, und ging der Knopf bereits am 10. Tage p. op. mit dem Stuhlgang ab.

Die Besichtigung des Knopfes klärte mich über die mangelhafte Funktion auf. Der Jaboulay'sche Knopf unterscheidet sich von

dem Murphy'schen ... Ring der männlichen ... zusammenpreßt, feh... weil bei der flachen ... der Faltenbildung ... einanderliegen der ... gesehen wurde. Ta... nicht der Fall. De... fügen der Knopfh... Knöpfen leicht vork... zwei kurzen Segmen... muß sich ja eine s... Seite beheben lasse... ständigen Schlusses ... zweiten Falle lagen ... pressen derselben au... war, während beim ... die Knopfhälften au... blieben. Die Höhe ... der hier recht geri... vorhandener federn... hiszenz zum Versch...

Das Vorkomm... drei Fällen mag vie... hälfte um einige G... exakter Verschluß ... Zusammenfügen de... um die Längsachse ...

Ich wollte nich... merksam machen; ... Auseinandersetzung... daß ein solches Vo... Falles zeigt aber ... Folgen vermieden ... klaffenden Stelle u... Zeit als sicherer ... Binnen kurzem s... zuschwellen (ähnlic... auszufüllen. Sollt... genügen, so bleibt ... phragma bei Ver... reichend weit. E... durchgequetschten ... (Handbuch, 2. Au... stattgefunden, son...

...n wesentlich dadurch, daß bei jenem der federnde ...en Hälfte, welcher die eingeklemmten Wandpartien ...ehlt. Derselbe wurde wohl deshalb weggelassen, ...en Lagerung dieser Darmpartie und dem Wegfalle ... das bloße, durch die Schraube gesicherte An... Knopfhälften für die Adaption als hinreichend an... Tatsächlich ist dies manchmal, wie oben berichtet, ...em liegt aber nicht etwa ein schiefes Aneinander... ...fhälften zugrunde, welches hier wie bei anderen ...rkommen kann, da die männliche Schraube nur aus ...enten einer Windung besteht. Aber gerade deshalb ... schiefe Zusammenfügung durch Druck auf die eine ...ssen. Vielmehr liegt die Unmöglichkeit des voll... ...s in der Höhe der Schraubenwindungen. In meinem ...n die Knopfhälften so, daß ein weiteres Zusammen... auf den nächsten Schraubengang ganz ausgeschlossen ...m Stande in dem vorhergehenden Schraubengange auch bei eingeklemmten Darmwänden noch klaffend ...he der Schraubengänge war also im Verhältnis zu ...eringen Dicke der beiden Darmwände zu groß; ein ...nder Ring wie beim Murphyknopfe hätte die De... ...chwinden bringen können.

...men dieses eigentümlichen Zustandes in zwei von ...vielleicht zufällig sein, und die Drehung einer Knopf... Grade hätte die Schraubengänge so gestellt, daß ein ...ß zustande gekommen wäre. Sobald aber einmal das ...der Knopfhälften stattgefunden hat, ist jede Drehung ...se ausgeschlossen.

...icht nur auf diesen unangenehmen Zwischenfall auf... ...; vielleicht findet sich Gelegenheit, auf Grund obiger ...ngen den Jaboulay'schen Knopf so zu verbessern, ...Vorkommnis ausgeschlossen ist. Der Ausgang meines ...r auch, wie unter solchen Verhältnissen nachteilige ...en werden können. Eine exakte Übernähung der ... und Deckung mit Mesenterium genügt für die erste ...er Verschluß gegen den Austritt von Darminhalt. ... scheint die eingeklemmte Wandpartie doch an... ...lich wie ein inkarzerierter Darm) und den Spalt völlig ...llte dies zur Nekrotisierung des Diaphragma nicht ...bt die Öffnung für den Fall der Persistenz des Dia... ...erwendung des Jaboulay'schen Knopfes doch hin... Ein Hängenbleiben des Knopfes an nicht genügend ...n Darmpartien, wie dies v. Mikulicz beobachtete ...uflage, Bd. III, p. 152), hat in meinem Falle nicht ...ondern der Knopf ging bereits am 10. Tage ab.

1) **C. Vieillard.** Essai de sémiologie urinaire. Troisième édition.

Paris, F. R. de Rudeval, 1905. 8. 376 S.

Das bereits in dritter Auflage erschienene Buch ist von A. Robin mit einer empfehlenden Vorrede versehen worden. Wir können uns dieser Empfehlung nur anschließen. Wenn diese Harnsemiologie auch in erster Linie für den inneren Arzt bestimmt ist, so wird doch auch der Chirurg vielfach Nutzen aus ihr schöpfen können.

Paul Wagner (Leipzig).

2) **H. Wossidlo.** Zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen.

(Med. Klinik 1905. Nr. 43.)

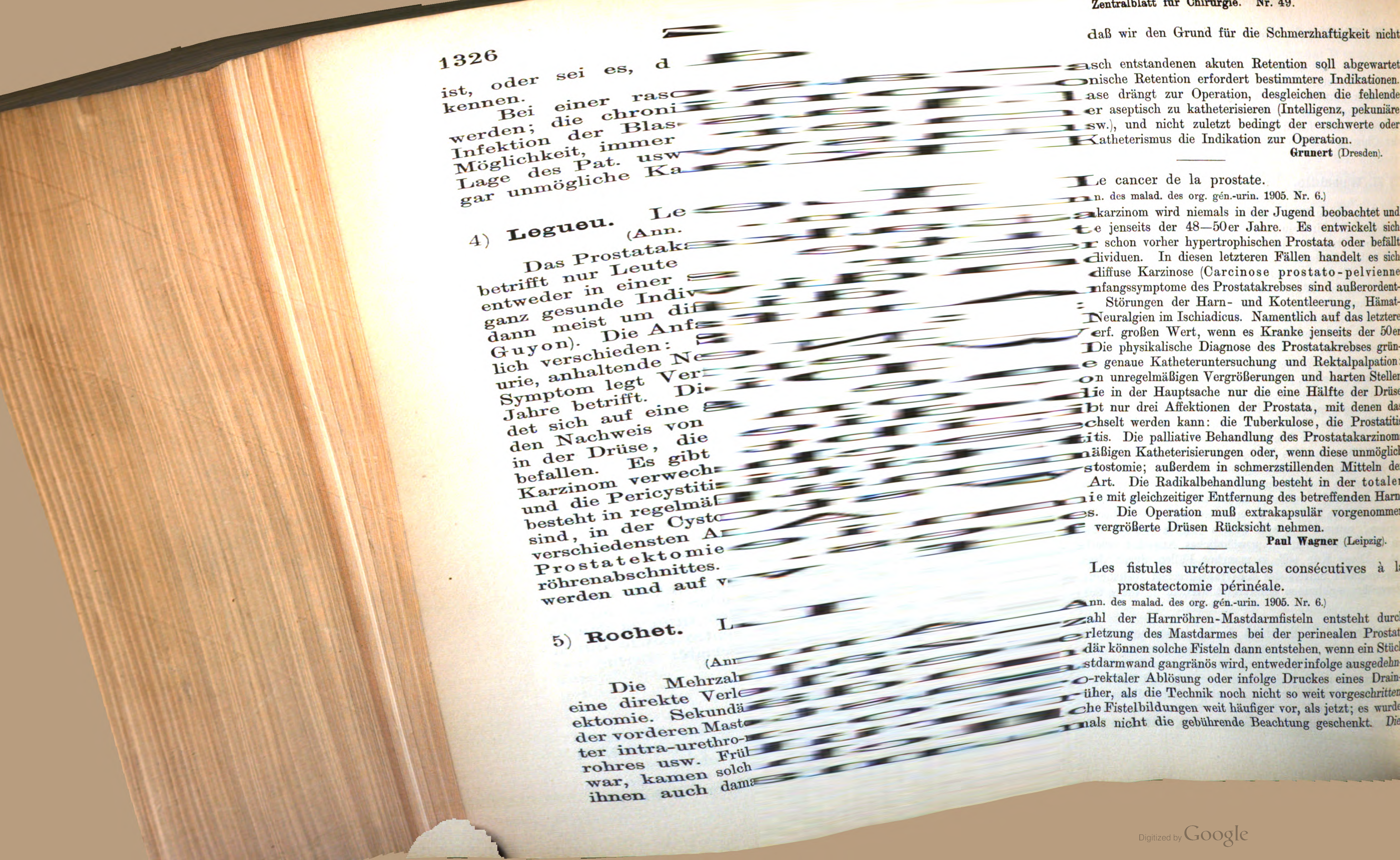
Jede akute Harnverhaltung, auch bei jüngeren Männern, erfordert zunächst die Untersuchung auf Prostatitis. Handelt es sich darum, bei einer Striktur schnelle Abhilfe zu schaffen, so rät Verf., anstelle von heißen Bädern und Tees sofort den Katheter anzuwenden. Gelingt die Einführung eines filiformen Bougies, so kann man mit dem angeschraubten Maisonneuve'schen Urethrotom sofort den inneren Harnröhrenschnitt anschließen. Für die — unter Umständen mehrmals zu wiederholende — Blasenpunktion benützt Verf. eine feine Nadel. — Bei den Verengerungen, die noch nicht zur Harnverhaltung geführt haben, ist die Urinuntersuchung von Bedeutung. Ist bei komplizierenden Nieren- oder Nierenbeckenentzündungen oder Diabetes Abwarten möglich, so behandle man erst diese Erscheinungen; wenn dies nicht angängig ist, empfiehlt sich zur raschen blutigen Erweiterung der Verengerung der äußere Harnröhrenschnitt. Im übrigen bevorzugt Verf. die Urethrotomia interna: ein einziger Schnitt längs der oberen Wand der Verengerung mit einer nicht zu großen Klinge (Nr. 21 Charrière des Maisonneuve'schen Messers), Verweilkatheter für 3—4 Tage, Sondierungsbeginn nach 8 Tagen. Die verhältnismäßig weiten Verengerungen endlich, die noch zu keiner Veränderung des Harnstrahls geführt haben, nur durch das Endoskop als harte bindegewebige Infiltrate zu erkennen sind und daher häufig übersehen werden, müssen mit sehr dicken Sonden solange überdehnt werden, bis die Schleimhaut ihr gewöhnliches Aussehen wieder angenommen hat. Diese Kur soll in manchen Fällen durch den inneren Harnröhrenschnitt mittels des Kollmann'schen Instrumentes sowie durch Harnröhrenspülungen unterstützt werden. **Georg Schmidt** (Berlin).

3) **Desnos.** Indications de la prostatectomie.

(Presse méd. 1904. Nr. 99.)

Die Hauptindikation für die operative Behandlung der Prostatahypertrophie ist die Urinretention. Somit sind die Prostatahypertrophien der ersten Periode von der operativen Behandlung ausgeschlossen. Indessen bieten auch sie Indikationen für die Prostatektomie, wenn sie von Anfang an schmerzhaft verlaufen, sei es, daß eine Infektion vorhanden





ist, oder sei es, d … daß wir den Grund für die Schmerzhaftigkeit nicht
kennen.

Bei einer rasc…sch entstandenen akuten Retention soll abgewartet
werden; die chroni…nische Retention erfordert bestimmtere Indikationen.
Infektion der Blas…ase drängt zur Operation, desgleichen die fehlende
Möglichkeit, immer …er aseptisch zu katheterisieren (Intelligenz, pekuniäre
Lage des Pat. usw.…sw.), und nicht zuletzt bedingt der erschwerte oder
gar unmögliche Ka…Katheterismus die Indikation zur Operation.

Grunert (Dresden).

4) **Legueu.** Le cancer de la prostate.

(Ann. …n. des malad. des org. gén.-urin. 1905. Nr. 6.)

Das Prostataka…karzinom wird niemals in der Jugend beobachtet und
betrifft nur Leute …e jenseits der 48—50er Jahre. Es entwickelt sich
entweder in einer s…r schon vorher hypertrophischen Prostata oder befällt
ganz gesunde Indiv…dividuen. In diesen letzteren Fällen handelt es sich
dann meist um dif…diffuse Karzinose (Carcinose prostato-pelvienne
Guyon). Die Anf…nfangssymptome des Prostatakrebses sind außerordent-
lich verschieden: … Störungen der Harn- und Kotentleerung, Hämat-
urie, anhaltende Ne…Neuralgien im Ischiadicus. Namentlich auf das letztere
Symptom legt Ver…erf. großen Wert, wenn es Kranke jenseits der 50er
Jahre betrifft. Di…Die physikalische Diagnose des Prostatakrebses grün-
det sich auf eine g…e genaue Katheteruntersuchung und Rektalpalpation:
den Nachweis von …on unregelmäßigen Vergrößerungen und harten Stellen
in der Drüse, die …ie in der Hauptsache nur die eine Hälfte der Drüse
befallen. Es gibt …bt nur drei Affektionen der Prostata, mit denen das
Karzinom verwech…chselt werden kann: die Tuberkulose, die Prostatitis
und die Pericystiti…itis. Die palliative Behandlung des Prostatakarzinoms
besteht in regelmä…äßigen Katheterisierungen oder, wenn diese unmöglich
sind, in der Cysto…stostomie; außerdem in schmerzstillenden Mitteln der
verschiedensten A…Art. Die Radikalbehandlung besteht in der totalen
Prostatektomie …ie mit gleichzeitiger Entfernung des betreffenden Harn-
röhrenabschnittes. …s. Die Operation muß extrakapsulär vorgenommen
werden und auf v… vergrößerte Drüsen Rücksicht nehmen.

Paul Wagner (Leipzig).

5) **Rochet.** Les fistules urétrorectales consécutives à la prostatectomie périnéale.

(Ann. …nn. des malad. des org. gén.-urin. 1905. Nr. 6.)

Die Mehrzah…ahl der Harnröhren-Mastdarmfisteln entsteht durch
eine direkte Verle…rletzung des Mastdarmes bei der perinealen Prostat-
ektomie. Sekundä…där können solche Fisteln dann entstehen, wenn ein Stück
der vorderen Mast…stdarmwand gangränös wird, entweder infolge ausgedehn-
ter intra-urethro-…o-rektaler Ablösung oder infolge Druckes eines Drain-
rohres usw. Frü…üher, als die Technik noch nicht so weit vorgeschritten
war, kamen solch…che Fistelbildungen weit häufiger vor, als jetzt; es wurde
ihnen auch dama…mals nicht die gebührende Beachtung geschenkt. Die

Beschwerden, die derartige Fistelkranke haben, hängen ab von der Ausdehnung der Fistel und von dem Sitze der rektalen Fistelöffnung. Die urethrale Fistelöffnung ist fast immer an gleicher Stelle und entspricht dem prostatischen Teile der Harnröhre. Im Mastdarm sitzt die Öffnung meist dicht oberhalb des Sphinkters. Der Urin sammelt sich in der Mastdarmampulle an und wird dann mehr oder weniger häufig unter der Form diarrhoischer Stühle entleert. Sitzt die Fistel im Bereiche der Sphinkterpartie, so fließt ein Teil des Urins andauernd ab. Alle diese Fisteln bereiten ihren Trägern nicht nur große Unbequemlichkeiten, sondern sie sind auch direkt gefährlich, weil vom Mastdarm aus eine Infektion der Blase und Nieren erfolgen kann. Fast ausnahmslos ist deshalb in diesen Fällen ein operativer Eingriff indiziert. Der alte Perinealschnitt muß wieder eröffnet, die urethrale und rektale Fistelöffnung muß freigelegt und jede für sich mittels Naht geschlossen werden. Zwischen beiden Nahtstellen wird ein Gazestreifen eingeführt; alle 3—4 Tage werden mit Beniquésonden sorgfältige Katheterisierungen der Harnröhre vorgenommen.

Paul Wagner (Leipzig).

---

6) **Enderlen.** Über Blasenektopie.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1904.

Über die anatomischen Befunde der Blasenektopie gehen die Ansichten der Autoren auseinander. Die frühere Ansicht, daß der Nabel fehle, kann zurzeit als widerlegt gelten. Die Nabelgefäße zeigen bisweilen Abweichungen von der Norm. Nabelbrüche sind von mehreren Autoren bei Blasenektopie gefunden worden. Die geraden Bauchmuskeln sind getrennt oder fehlen ganz. Die Harnblase ist immer aus ihrer gewöhnlichen Lage getreten. Nicht immer ist die Blase vollkommen gespalten. Die Harnleiter sind vielfach an der Mißbildung beteiligt. In der Regel ist mit der Ektopie die Epispadie vereint. Auch Hypospadie ist nicht ausgeschlossen. Der Penis ist auffallend klein. Die Mündungen der Samengänge liegen am unteren oder hinteren Ende der Harnblase frei zutage. Hoden und Samenblasen sind auffallend klein oder fehlen auf einer oder bisweilen sogar auf beiden Seiten. Die Prostata ist normal oder besonders klein oder fehlt auch bisweilen ganz. Bei weiblichen Blasenektopien sind die großen Labien gegen die Schenkelbeuge verstrichen, die kleinen sind kümmerlich, unregelmäßig oder fehlen ganz; die Scheide ist kurz und teilweise oder bisweilen völlig verschlossen. Konzeption, Gravidität und normale Geburt sind beobachtet worden. Von seiten des Beckens ist namentlich das Klaffen der Schambeine charakteristisch, doch ist dasselbe in einem Falle vollständig vermißt worden. Anomalien des Darmes sind nicht selten, so z. B. widernatürlicher After, Fehlen des Dickdarmes usw. Der After ist bisweilen an normaler Stelle, bisweilen aber beträchtlich »vorwärts gestellt«, so daß der Damm fehlt oder sehr schmal ist. Abnormitäten der Gefäße (Mesenterica inf., Iliaca communis usw.) sind beobachtet worden. Äußerst häufig ist das ge-





spaltene Rückgrat … ntralblatt
Mißbildungen sind …
Ätiologisch ko… mit der Bla…
ersten handelt es … gelegentlich zu…
um eine Entstehung… men drei An…
dernis der Harnentl… ich um eine H…
der Harnwege), und … der Mißbildung
für die Erklärung … erung und starke
Stellungnahme der … die dritte Anschau…
2. Kapitel des Wer… des Zustandekom…
sicht der Entwickl… Autoren zu diesen
rücksichtigt dabei … kes niedergelegt. Da…
Es folgen eigene … ungsgeschichte der …
10 Fälle komplizier… die Modelle des Marb…
9 das weibliche un… Fälle des Verf.s, un…
wachsen, 13 Kinder … ter Blasenektopie. …
Blasenspalte (6. K… nd 7 das männliche …
ferior und die Fiss… er, eingeschlossen 7 …
Das folgende … Kapitel) ist zu unters…
Blase (angebliche … sura vesicae superior. …
stehung der Bauch… e Kapitel behandelt …
einsetzt als derjen… Stütze der Berstungs…
pitel 8 behandelt … chspalte allein als eine…
klärungsversuche f… enige, der sonst zur B…
Verf., daß typische … t die doppelte Harnbla…
zu führen sind, w… für ihre Entstehung, ei…
›Lokale Erweiteru… he Querteilungen der Bl…
geben ein zweites … welche in der Norm …
dann unter Umstän… rungen bei dem Übergan…
Kapitel 9 gibt … es Blasencavum über dem …
Harnröhre, und da… ständen in einen verkürzten …
pierten Blasenwan… ibt anhangsweise die Mißb…
betrachtungen des … das 10. Kapitel handelt …
Standpunkt als A… and und über Epitheln…
Hemmungsbildung … es 11. Kapitels wiederhol…
chanische Berstung… Anhänger der Theorie, …
den Besitz des Ve… ng ansieht, und wendet …
bei eineiigen Zwill… ungstheorie. Eines na…
embryologische He… Verf.s gekommenen P…
im Text und 5 Ta… willingen wird im Anh…
zeichnen das We… Herleitung der Blase…
verzeichnis legt Z… Tafeln, die letzte …
ordentlichen Fleiß… Werk aus, und ei…
Zeugnis ab für d…
eiß.

… worden.
… in Betracht; nach der
… bildung, nach der zweiten
… durch mechanische Momente (Hin-
… Ausdehnung, schließlich Bersten
… kombiniert die beiden ersten
… der Blasenektopie. Die
… Anschauungen wird im
… Das 4. Kapitel bringt eine Über-
… und das 4. Kapitel be-
… anatomischen Instituten.
… 6 Fälle, einfacher und
… 16 Fällen betreffen
… davon sind 9 er-
… Bei der partiellen
… Fissura vesicae in-
… Fall der angeborenen
… den Vorgang der zeitlich später
… Ka-
… verschiedenen Er-
… der Ansicht des
… Vorgänge zurück
… Urachusbildung hinleiten.
… von Blase in Urachus
… das obere geht
… Urachus über.‹
… Mißbildungen des Penis und der
… über die Histologie der ekto
… In den Schluß-
… Verf. nochmals kurz seinen
… Blasenektopie …

7) **F. Bernasconi** et **S. Colombino.** Contribution à l'étude du traitement des blessures de l'uretère au cours des interventions chirurgicales.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1905. Nr. 6.)

Wird gelegentlich einer Operation der eine Harnleiter verletzt, so kann man, je nach dem Sitze, der Art und der Ausdehnung der Verletzung, auf verschiedene Weise Abhilfe schaffen. Wenn die Verletzung einige Zentimeter von der Blase entfernt sitzt, so kann man den Harnleiter bequem um 3—4 cm verkürzen und das zentrale Ende dann in die Blase einpflanzen. Sitzt die Verletzung höher, im iliakalen oder lumbalen Teile des Harnleiters, so kommen zwei Möglichkeiten in Frage:

a. Einfache Verletzung des Harnleiters ohne oder mit ganz geringem Substanzverlust. Hier macht man entweder die termino-terminale Anastomose nach Poggi, oder die termino-laterale Anastomose nach van Hoock, oder endlich, wenn es möglich ist, als Operation der Wahl die von Monari empfohlene latero-laterale Anastomose.

b. Verletzung mit Substanzverlust, der eine Anpassung der beiden Harnleiterenden unmöglich macht. In diesen Fällen konnte man sich bisher nicht anders helfen, als daß man das zentrale Harnleiterende in die Bauchhaut oder in den Darm einpflanzte. Auf Grund von experimentellen Untersuchungen an Hunden empfehlen Verff. nun hier die latero-laterale Anastomose zwischen dem zentralen Ende des verletzten und dem unverletzten anderen Harnleiter. Die Verff. haben diese Operation, die nicht schwieriger ist und nicht länger dauert, als die Uretero-Enterostomie, entweder innerhalb des kleinen Beckens dicht oberhalb der Blase oder am lumbalen Teile der Harnleiter vorgenommen. Die technischen Einzelheiten der Operation sind in der mit guten Abbildungen versehenen Originalarbeit nachzulesen.

Paul Wagner (Leipzig).

---

8) **F. Bierhoff** (New York). The cystoscope and ureter catheter in the diagnosis and prognosis of surgical diseases of the kidney.

(Amer. journ. of surgery 1905. October.)

Eine sehr gute, instruktive, etwas schematisch gehaltene Übersicht über die großen diagnostischen und therapeutischen Fortschritte, die wir dem Cystoskop und Harnleiterkatheter verdanken. Es seien hier einige Punkte hervorgehoben. So betont B., daß bei anämischen abgemagerten Pat. die Harnleiter oft nur durch den Urinstrahl, nicht durch das Lig. interureter. oder periuretrale Gefäße oder als Öffnung erkannt werden könnten. Öfter hat er den zu einer exstirpierten Niere gehörigen Harnleiter noch leidlich reguläre peristaltische Bewegungen machen sehen. Für die Füllung der Blase empfiehlt er statt Luft gerade deshalb eine Flüssigkeit, weil in dieser die Zerstreuung des gefärbten Urinstrahles viel mehr in die Augen fällt. Von Harnleiter-

strikturen wird ein [illegible] interessanter,
einer Frau erwähn[illegible]: Keine Sym[illegible]
Harnleiter, trotzden[illegible] war die linke
dünnsten Katheter [illegible]ugängig, bei jed[illegible]
sich die Mündung i[illegible] Kugelgestalt zie[illegible]
kam durch eine m[illegible]nimale Öffnung a[illegible]
Geschwulst hervor. [illegible] Retraktion der [illegible]
Blasenkarzinomen, [illegible] Nierentuberkulose u[illegible]
Harnscheider liebt [illegible] B. nicht. Der syn[illegible]
beiden, gleichzeitig [illegible] liegenden Harnleiter[illegible]
Beweis für die Ge[illegible]genwart zweier Nie[illegible]
Harnleiter haben k[illegible]ann, Ref.); ebenso ist [illegible]
aus dem einen Kat[illegible]theter kein Beweis fü[illegible]
Niere (Verstopfung [illegible] des Harnleiters, refle[illegible]
Bei der chemi[illegible]ischen Untersuchung [illegible]
Harnstoff- und Ei[illegible]weißbestimmung geleg[illegible]
Verf. gar nicht in [illegible] Betracht gezogen. [illegible]
der Nierentuberkulo[illegible]lose sollte eine negative [illegible]
nur nach mißlungen[illegible]nem Tierexperiment [illegible]
probe ist eine gute [illegible]te Unterstützung der an[illegible]
von Nierenbeckenst[illegible]steinen, die das Röntge[illegible]
B., einen möglichs[illegible]hst weiten Katheter [illegible]
schieben und eine Q[illegible] Quantität (30—40 ccm) w[illegible]
Borsäurelösung lan[illegible]angsam zu injizieren, bi[illegible]
artige Schmerzen in [illegible] in der betreffenden Nier[illegible]
mehrigem Ablassen [illegible]en der Flüssigkeit soll d[illegible]
derholt werden, wo[illegible]vodurch der supponierte St[illegible]
innerhalb der näch[illegible]chsten Stunden eintretende [illegible]
B. fand in jedem [illegible]m Falle, wo er dieses V[illegible]
wandte, ein sicher[illegible]eres positives resp. negati[illegible]
Operation kontrolli[illegible]liert wurde.

9) **M. Oppenhe**[illegible]**heim und O. Löw**[illegible]
mentelle Studien [illegible]ien zur Pathogenese [illegible] didymit[illegible]

(Vi[illegible] (Virchow's Archiv Bd. [illegible]

Verff. sind de[illegible]der Ansicht, daß di[illegible]
die Entstehung der [illegible]der *gonorrhoischen* [illegible]
zu erklären vermö[illegible]mögen, und *komm*[illegible]
und Meerschweinc[illegible]inchen *ausgeführt*[illegible]
daß für die Versch[illegible]schleppung des g[illegible]
posterior in den N[illegible] Nebenhoden v[illegible]
wegung des Vas [illegible]as deferens zu [illegible]
die bei der Ejacul[illegible]culatio seminis [illegible]
experimentell durc[illegible]urch Reizung des Caput [illegible]
Auch tritt sie nac[illegible]nach Ansicht der Verff. bei allen jenen [illegible]

[illegible]
[illegible] Hämaturie bewirkt.
[illegible] ein Verfahren zur Diagnose an-
[illegible] gutes Ergebnis, das durch die
[illegible]

Goebel (Breslau).

die eine Epididymitis herbeiführen können. Durch die so erzeugte antiperistaltische Bewegung gelang es, bei Anwesenheit von Kokken in der hinteren Harnröhre experimentell bei Kaninchen eine Epididymitis zu erzeugen. Am Schluß ein umfangreiches Literaturverzeichnis.

Doering (Göttingen).

---

10) **A. Mouchet** (Paris). Le »genu recurvatum« congénital.

(Arch. de méd. des enfants 1905. Nr. 7.)

M. hat Gelgenheit gehabt, bei einem 4 Monate alten Kind ein angeborenes Genu recurvatum zu studieren und auch die genaue Sektion desselben vorzunehmen. Wie gewöhnlich bei derartigen angeborenen Difformitäten, bestanden auch andere Gelenksveränderungen, so ein Talus valgus und eine angeborene Hüftverrenkung derselben Seite.

Das Genu recurvatum bildete einen nach vorn offenen stumpfen Winkel von etwa 145°, konnte bis zum rechten Winkel weiter gestreckt werden, doch gelang die Beugung nicht weiter als bis zur vollständigen Parallelstellung des Ober- und Unterschenkels. Vorn sah man die Sehne des Triceps vorspringen, hinten die untere Extremität des Oberschenkelknochens. Die Kniescheibe war vorhanden, besaß aber keinen Schleimbeutel, sondern lag direkt auf einem Fettpolster, das die vordere Fläche der Diaphyse oberhalb der Trochlea bedeckte. Diaphyse und Epiphyse standen einander parallel, bildeten nicht den von manchen Autoren gefundenen, nach vorn offenen Winkel, so daß man den Ursprung der Difformität nicht in einer schlechten Haltung, sondern in einer angeborenen Verrenkung der Tibia nach vorn suchen muß. M. gibt noch weitere anatomische Befunde seines Falles zur Stütze dieser Annahme, doch kann auf dieselben hier nicht weiter eingegangen werden.

Die Therapie des Genu recurvatum besteht in Reduktion der Verrenkung, indem man noch mehr streckt, extendiert und dabei das obere Tibiaende nach rückwärts unter die Femurkondylen drückt. In manchen Fällen geht die Reposition sehr leicht, namentlich wenn man die Behandlung gleich nach der Geburt beginnt, in anderen kann die Durchtrennung der Quadricepssehne notwendig sein. Man legt einen Kontentivverband an, der mehrere Wochen getragen werden muß; hierauf wird mit Massage, passiven Bewegungen die Behandlung fortgesetzt, event. noch eine lederne Kniemanschette angelegt, falls die Muskeln noch nicht genügende Kraft besitzen. **E. Toff** (Braila).

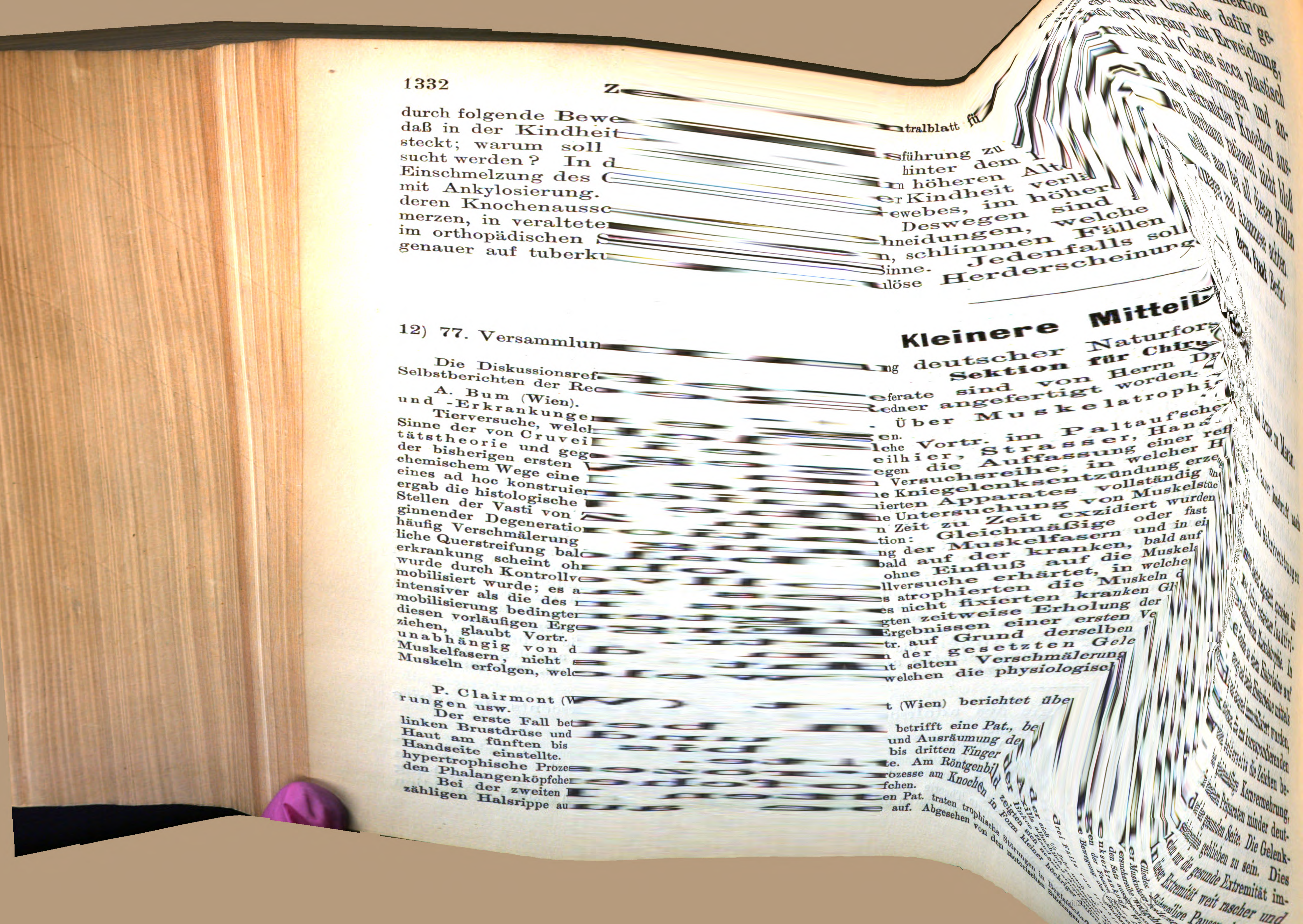
---

11) **L. Thévenot.** La tarsalgie des adolescents de nature tuberculeuse.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 2.)

Verf., ein Schüler Poncet's, sucht die von seinem Lehrer aufgestellte und an einigen Fällen von Kombination des entzündlichen Plattfußes und Tuberkulose dargelegte Theorie von der Entstehung des entzündlichen Plattfußes im Jünglingsalter durch bazilläre Infektion





durch folgende Bewe [illegible] sführung zu
daß in der Kindheit [illegible] hinter dem Alt
steckt; warum soll [illegible] m höheren Alt
sucht werden? In d [illegible] er Kindheit verla
Einschmelzung des G [illegible] ewebes, im höher
mit Ankylosierung. [illegible] Deswegen sind
deren Knochenaussc [illegible] hneidungen, welche
merzen, in veraltete [illegible] n, schlimmen Fällen
im orthopädischen S [illegible] inne. Jedenfalls soll
genauer auf tuberku [illegible] löse Herderscheinung

Kleinere Mitteil[illegible]

12) 77. Versammlun [illegible] g deutscher Naturfor[illegible]
Sektion für Chiru[illegible]

Die Diskussionsref [illegible] eferate sind von Herrn D[illegible]
Selbstberichten der Re [illegible] edner angefertigt worden.

A. Bum (Wien). [illegible] Über Muskelatrophie
und -Erkrankunge [illegible] en.

Tierversuche, welch [illegible] lche Vortr. im Paltauf'sche
Sinne der von Cruvei [illegible] eilhier, Strasser, Hana
tätstheorie und geg [illegible] egen die Auffassung einer ref
der bisherigen ersten V [illegible] Versuchsreihe, in welcher H
chemischem Wege eine I [illegible] e Kniegelenksentzündung erze
eines ad hoc konstruier [illegible] ierten Apparates vollständig
ergab die histologische [illegible] e Untersuchung von Muskelstück
Stellen der Vasti von Z [illegible] n Zeit zu Zeit exzidiert wurden
ginnender Degeneratio [illegible] tion: Gleichmäßige oder fast
häufig Verschmälerung [illegible] g der Muskelfasern und in ei
liche Querstreifung bal [illegible] bald auf der kranken, bald auf
erkrankung scheint oh [illegible] ohne Einfluß auf die Muskel
wurde durch Kontrollv [illegible] llversuche erhärtet, in welche
mobilisiert wurde; es a [illegible] s atrophierten die Muskeln d
intensiver als die des n [illegible] s nicht fixierten kranken Gl
mobilisierung bedingter [illegible] gten zeitweise Erholung der
diesen vorläufigen Erge [illegible] Ergebnissen einer ersten Ve
ziehen, glaubt Vortr. [illegible] tr. auf Grund derselben
unabhängig von d [illegible] n der gesetzten Gele
Muskelfasern, nicht s [illegible] t selten Verschmälerung
Muskeln erfolgen, welc [illegible] welchen die physiologisc

P. Clairmont (W [illegible] t (Wien) berichtet übe
rungen usw.

Der erste Fall bet [illegible] betrifft eine Pat., be
linken Brustdrüse und [illegible] und Ausräumung de
Haut am fünften bis [illegible] bis dritten Finger
Handseite einstellte. [illegible] te. Am Röntgenbild
hypertrophische Proze [illegible] rozesse am Knochen
den Phalangenköpfchen [illegible] fchen.

Bei der zweiten P [illegible] en Pat. traten trophische Störungen
zähligen Halsrippe au [illegible] auf. Abgesehen von den motorischen Störungen

tielle Medianuslähmung) bestanden zur Zeit der zweiten Aufnahme in die Klinik Blasenbildungen, und zwar auch an Hautpartien, die in ihrer Sensibilität nicht gestört waren. Den lokalen Erfolg der Operation — Exstirpation der überzähligen Halsrippe, die erst nach Keilresektion aus dem sechsten Halswirbelkörper der hochgradig skoliotischen Wirbelsäule zugänglich wurde — zeigt das Röntgenbild vor und nach der Operation, sowie das gewonnene Präparat. Anästhesie und motorische Ausfallserscheinungen sind seit der Operation in Rückgang begriffen. Besonders hervorzuheben ist in diesem Falle, daß auch nach genauer neurologischer Untersuchung die Kombination mit Syringomyelie bzw. Hysterie bisher auszuschließen war.

Im dritten Falle konnte die trophische Störung (Blasenbildungen der linken kleinen Zehe) auf eine vor mehreren Jahren erlittene Kompressionsfraktur des dritten Lendenwirbels bezogen werden, welche zur Läsion der zweiten, dritten und vierten Sakralwurzel mit dem typischen Ausfall in der Sensibilität geführt hatte. Im beigebrachten Röntgenbild ist die Fraktur einwandsfrei nachweisbar.

Aus diesen Fällen soll kein weiterer Schluß zur Hypothese der trophischen Nerven gezogen werden, sie seien nur als beobachtete Tatsachen zur Bereicherung unserer Kasuistik der trophischen Störungen mitgeteilt. (Selbstbericht.)

H. Küttner (Marburg). Zur Klinik der Ganglien.

Nach kurzen Mitteilungen über histologische Untersuchungen, welche die Resultate von Ledderhose, Thorn, Ritschl und vor allem Payr bestätigen, berichtet K. über Nachforschungen, welche er noch an der v. Bruns'schen Klinik über die in der Literatur auffallend wenig berücksichtigte Ätiologie und Prognose der Ganglien angestellt hat.

Die Untersuchungen erstreckten sich insgesamt auf 170 Fälle von Ganglien. Von diesen waren 79 % typische dorsale und nur 2,3 % volare Ganglien der Handgelenksgegend, 9 % betrafen die Umgebung des Kniegelenkes und 9,7 % die Nachbarschaft des Fußgelenkes. An anderen Körperstellen wurden Ganglien nicht beobachtet. Die rechte und linke Körperhälfte war annähernd gleich häufig befallen, nur am Kniegelenk ergab sich ein wohl zufälliger Unterschied. Doppelseitigkeit wurde nur in 3 % der Fälle ausschließlich am Handgelenk beobachtet.

Für die noch dunkle Ätiologie der Ganglien ergab sich zunächst die Bestätigung der bekannten Tatsache, daß das jugendliche Alter und das weibliche Geschlecht prädisponiert sind; über 71 % der Ganglien wurden bei weiblichen Individuen beobachtet. Dieses Überwiegen ist am auffallendsten bei den karpalen Ganglien und während des am stärksten befallenen Lebensalters zwischen 10 und 25 Jahren. Später nehmen die Ganglien außerordentlich an Häufigkeit ab, und es verwischen sich auch die Geschlechtsunterschiede, hauptsächlich aber wohl deshalb, weil die selteneren Ganglienformen der Knie- und Fußgelenksgegend vorwiegend bei Männern und jenseits des 30. Lebensjahres beobachtet werden. Die Heredität spielt, wie eingehende Nachforschungen mit Sicherheit ergaben, keine Rolle; ebensowenig das so häufig angeschuldigte Klavierspiel und ähnliche Verrichtungen. Dagegen kehrte in 26 % der Fälle hauptsächlich bei karpalen Ganglien jugendlicher weiblicher Individuen die Angabe wieder, die Affektion sei durch dauernde Überanstrengung bei schwerer Arbeit entstanden. Für die Beurteilung der Ganglien als Unfallfolge ist von Bedeutung, daß in 20 % der Fälle ziemlich einwandsfrei ein einmaliges schwereres Trauma für die Entstehung verantwortlich gemacht werden konnte. Es ergeben sich also als ätiologische Momente 1) das Entwicklungsalter, 2) das weibliche Geschlecht und 3) das Trauma in Gestalt dauernder Überanstrengungen oder einmaliger schwererer Einwirkungen. Offenbar trifft das Trauma zarte, wachsende Gewebe und löst in der Umgebung der meist gebrauchten und stärkst exponierten Gelenke und Sehnen durch Überdehnungen, leichte Einrisse und Blutergüsse den Verflüssigungsprozeß aus.

Die Nachforschungen erstreckten sich ferner auf die Prognose der Ganglien und die Aussichten der Therapie. Die Tatsache, daß die Krankheit nach dem 25. Lebensjahre so außerordentlich an Häufigkeit abnimmt, läßt den Schluß zu, daß sie an ein bestimmtes Lebensalter gebunden ist, jenseits dessen sie häufig



von selbst verschwin
wiesen worden. Sie
man hinzu, daß ein g
in ärztliche Behandl
ohne Operation zurü
offenbar recht hoch,
darstellt. Die Rück
jedoch auch bei viel
allen in Betracht ko
schiedenartigsten Ei

Unter dem Ges
Resultate der ch
einem Erfolge der T
Heilung auch wirkli
aus den Zahlen K.'s
keines der zahl
mehr auch nach
eine unerwartet
mit oder ohne Injek
Rezidive. Selbst da
mit 50 % Heilunger
die Resultate der e
Diszission war in 3
in nicht weniger a
werden, daß wenigs
ausgeführt worden
denn die Behandlun
Manche Fälle trotzt
fahren, um dann na

Bei dieser Lag
spontaner Rückbild
Beseitigung von Ga
schwulst nur dann z
oder eine wesentlic
nahmen ist ganz z
Substanzen. Die m
oder Gelenkkaspel
sie verhältnismäßig
Fälle beschränken,
des Ganglion aber
dem scheinbar vers
man sich vielleich
von 50 % durch h
noch gebessert we
Von diesen erschei
schnittes und Ha
gleiche Zahl von I
Asepsis auch nicht

Diskussion
den letzten 10 Ja
wovon ca. 1/3 op
untersuchung gel
8 Ganglien waren
gekehrt. Auch d
Heilung. L. vert
lung mehrmals
Tamponade hält

t. Diese spont
rgab sich in 16
oßer Teil der als h
ng kommt, und da
ckgegangen wäre,
wenn sie nicht überh
bildung tritt durchsc
jüngeren Individuen b
mmenden Körperstellen
griffen.
ichtspunkte der möglich
irurgischen Behandl
Therapie nur dann gespr
ch an den Eingriff anges
, welche vorwiegend s
reichen Verfahren v
den eingreifendsten
thohe ist. Am ung
ktion reizender Flüssigkeit
as einfache Zerschlagen aus
en bzw. Rezidiven als aus
eigentlich operativen Verfa
36 % der Fälle und selbst
als 30 % der Fälle von
gstens die Exstirpationen in
n sind, wiewohl dieser Punk
ung der Ganglien ist nicht
tzten jeder Therapie und rezid
nach mehr oder weniger lang
age der Dinge, bei der Gefa
ildung rät K., in Zukunft m
Ganglien zurückhaltender zu se
n zu dringen, wenn diese eine er
tliche Funktionsstörung veranla
z zu verwerfen die Punktion
mittels Querschnittes und oh
el auf das gründlichste auszu
ßig eingreifend und doch von
en, bei denen eine einfachere
er aus den oben angegeben
veralteten Zersprengen der
eicht wieder befreunden dü
h häufige Wiederholung de
werden kann und operati
cheint die subkutante Di
Hautverschiebung empf
on Dauerheilungen brin
nicht unbedenkliche Ex

ion: Lexer (Berlin).
0 Jahren 720 Fälle
operiert, die übrig
gelangten nur 102.
aren von selbst verschwunden
h der Druckverband mit einem
vertritt den Grundsatz, erst zu operieren
ls versagt hat. Diszission, Punktion
ält L. nicht für ratsam.

Bum (Wien) spricht vom Standpunkte des Unfallchirurgen; er hält das plötzliche, erstmalige Auftreten von Ganglien »als Betriebsunfall« für äußerst selten; vielmehr handle es sich in derartigen Fällen um durch Überanstrengung hervorgerufene Rezidive. An Küttner stellt er die Anfrage, ob er seine Unfall-Fälle auch in diesem Sinne deute.

Küttner (Marburg). Infolge von dauernder Überanstrengung bei schwerer Arbeit entstandene Ganglien fallen in Deutschland nicht unter die Unfallversicherung. Nach Angaben der Pat. lag in 20% der Fälle ein einmaliges, schweres Trauma vor. Die Mehrzahl dieser Pat., darunter ein Arzt, hatte kein Interesse am Zusammenhang der Erkrankung mit dem Unfall.

Lorenz (Wien). Indikationen zur Sehnentransplantation.

Die Sehnentransplantationen werden nach Ansicht des Vortr. jetzt zweifellos outriert, und dadurch wird einer an sich guten Sache geschadet. Rationell ist jede Sehnentransplantation, welche eine vorhandene Störung im Gleichgewicht des Muskelantagonismus beseitigt oder vermindert, irrationell dagegen jede, welche die Störung des Gleichgewichts nur in entgegengesetzte Richtung verlegt. Nicoladoni's, des geistigen Vaters der Sehnentransplantation, erste Operation war verfehlt. Er verpflanzte bei einem Calcaneovalgus die Peronei auf den Fersenhöcker. Daraus muß ein paralytischer Klumpfuß resultieren. Für den paralytischen Calcaneovalgus höheren Grades ist es viel wichtiger, die Form zu korrigieren, event. durch Keilexzision aus dem Calcaneus. Beim Genu flexum paralyticum kann bei nicht zu hohen Graden der Pat. die Schwäche des Quadriceps durch geschickte Ausnützung der Schwerkraft ausgleichen, indem er beim Vorwärtssetzen des Fußes den Körper nach vorn neigt, also »ein kleines Kompliment« macht. Er ist so viel besser daran, als einer mit nach vorn verpflanzten Beugern, der ein rasch sich verschlimmerndes Genu recurvatum davonträgt. Der Biceps und die beiden Semimuskeln sind daher für Lorenz ein noli me tangere. Höchstens den Semitendinosus, Gracilis, Sartorius, Tensor fasciae latae könnte man zum Ersatz des Quadriceps heranziehen. Dieser Ersatz ist aber ungenügend. Eine vorhandene Kniegelenkskontraktur soll man redressieren, event. unter Zuhilfenahme der subkutanen Tenotomie und bei Kindern der suprakondylären Infraktion des Femur. Beim paralytischen Klumpfuß müssen wir, um planmäßig vorgehen zu können, genau wissen, welche Muskeln gelähmt sind. Das ist oft sehr schwer zu unterscheiden; wir können den zentral gelähmten Muskel vom funktionell gelähmten elektrisch nicht unterscheiden; denn ein Muskel kann bei entsprechender Verschiebung seiner Ansatzpunkte keinen mechanischen Effekt mehr hervorbringen. Daher empfiehlt sich für diese Fälle zunächst modellierendes Redressement, event. Überkorrektion, dann einige Monate Fixation, dann intensive Muskelpflege, Übungen. Auch für den kongenitalen Klumpfuß ist erste Aufgabe die Formkorrektion; häufig ist dann eine Operation gar nicht mehr nötig. Beim spastischen Genu flexum kommt eine Transplantation nur dann in Frage, wenn den spastisch kontrahierten Muskeln paralytische Antagonisten gegenüberstehen. Ein Mißbrauch ist es auch zu nennen, wenn man bei entzündlichen Kontrakturen (z. B. Kniegelenksfungus) die Muskeln verlagert, schon im Gedanken daran, sie nach geschehenem Ausgleich wieder zurückzuverlagern. Bei der Hand finden die Sehnentransplantationen breiteste Indikationen. (Selbstbericht.)

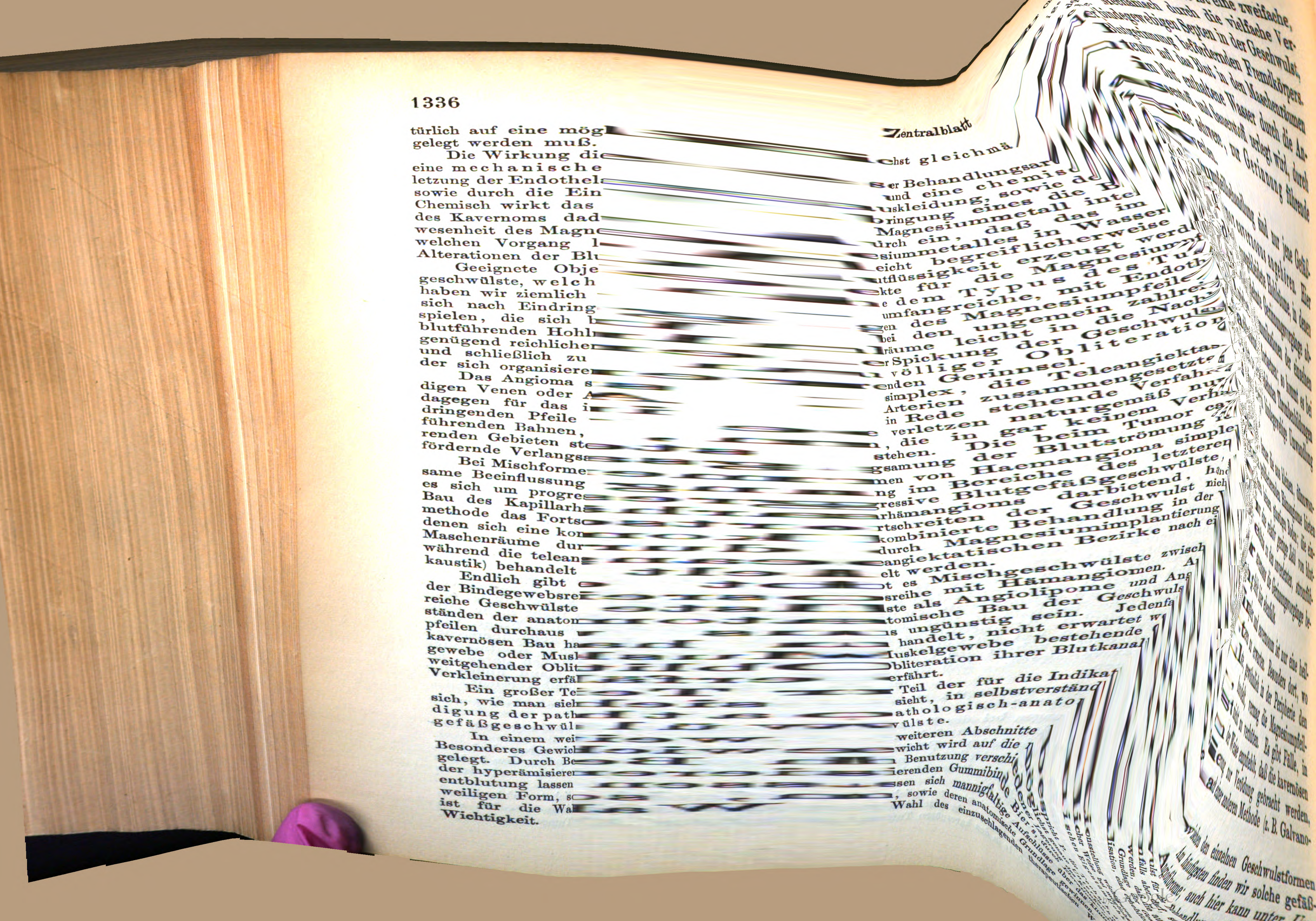
E. Payr (Graz). Weitere Erfahrungen über die Behandlung von Blutgefäßgeschwülsten mit Magnesiumpfeilen.

P. berichtet über seine bisherigen Erfahrungen bei der Behandlung von kavernösen Tumoren durch Einführung von Magnesiumpfeilen.

Jetzt, nachdem eine, wenn auch nicht große Zahl von Erfahrungen bei verschiedenen Blutgefäßgeschwülsten vorliegt, ist es an der Zeit, besonders den beiden Fragen nach den Grenzen der Leistungsfähigkeit der Methode und deren Indikationsstellung Aufmerksamkeit zu schenken.

Die Methode besteht, wie bekannt, in der Einführung möglichst zahlreicher, entweder aus Magnesiumblech mit der Schere zurecht geschnittener oder aus Magnesiumstäbchen gedrehter spitzer Pfeile in den kavernösen Tumor, wobei na-





türlich auf eine mög
gelegt werden muß.
Die Wirkung di
eine mechanische
letzung der Endothel
sowie durch die Ein
Chemisch wirkt das
des Kavernoms dad
wesenheit des Magn
welchen Vorgang l
Alterationen der Bl
Geeignete Obje
geschwülste, welch
haben wir ziemlich
sich nach Eindring
spielen, die sich b
blutführenden Hohl
genügend reichliche
und schließlich zu
der sich organisiere
Das Angioma s
digen Venen oder A
dagegen für das i
dringenden Pfeile
führenden Bahnen,
renden Gebieten st
fördernde Verlangs
Bei Mischforme
same Beeinflussung
es sich um progre
Bau des Kapillarh
methode das Forts
denen sich eine kon
Maschenräume dur
während die telean
kaustik) behandelt
Endlich gibt
der Bindegewebsre
reiche Geschwülste
ständen der anaton
pfeilen durchaus
kavernösen Bau ha
gewebe oder Musk
weitgehender Oblit
Verkleinerung erfä
Ein großer Te
sich, wie man sieh
digung der path
gefäßgeschwül
In einem wei
Besonderes Gewich
gelegt. Durch Be
der hyperämisiere
entblutung lassen
weiligen Form, s
ist für die Wa
Wichtigkeit.

Eingehend wird ferner besprochen das Material und die Zubereitung der einzuführenden Magnesiumpfeile, die instrumentellen Behelfe, die Asepsis, die Anästhesie. Eine kurze Schilderung verschiedener Arten der Technik des Verfahrens, der Versorgung der Einstichöffnungen, der Nachbehandlung vervollständigt das eigentliche Kapitel der Technik.

Eine genaue Würdigung erfahren die Erscheinungen am Operationsgebiet, die Schwellung, das Derberwerden der Geschwulst, das Wasserstoffgasemphysem, die allmähliche Verkleinerung und Schrumpfung des Tumors.

In manchen Fällen, besonders an gewissen Stellen im Gesichte, bleibt an Stelle des obliterierten Hämangioms ein bindegewebiger, etwas derber Geschwulstrest zurück.

In manchen Fällen, z. B. an der Oberlippe, kann sich die nachträglich von der Schleimhautseite vorzunehmende Entfernung dieses Bindegewebskörpers aus kosmetischen Gründen empfehlen; im allgemeinen soll man sich jedoch mit einer solchen Korrektur keineswegs übereilen, da dieselbe in den allermeisten Fällen durch sehr starke Schrumpfung überflüssig wird; sie kommt mit einer gewissen Konstanz in Betracht, wenn es sich um Mischformen von Blutgefäßneubildungen mit Fett- oder Bindegewebsgeschwülsten handelt, bei denen ein erhebliches und gegebenenfalls störendes Stützgerüst zurückbleibt.

Ganz kurz werden die bei gleichzeitiger Schleimhaut- und Hauterkrankung notwendigen Maßnahmen besprochen. Es wird nochmals betont, daß sich nur subkutane kavernöse Geschwülste für die Behandlung mit Magnesiumpfeilen — diese allerdings in ausgezeichneter Weise — eignen.

Rein kutane Kavernome eignen sich aus mehrfachen Gründen nicht sonderlich für das Verfahren. P. hat dies schon in seiner ersten Publikation hervorgehoben, führt dies jedoch jetzt ausführlicher aus, weil gerade ein kürzlich von Tollens mitgeteilter Fall von Behandlung eines kutanen Tumors begreiflicherweise einen Mißerfolg ergab, der nicht dem Verfahren als solchen, sondern einer unrichtigen Indikationsstellung seine Entstehung verdankt.

Es gibt Hämangiome des Gesichtes, Halses und Schädels von so gewaltiger Ausdehnung, daß manchmal nahezu der halbe Kopf von der Blutgefäßneubildung eingenommen ist. Solche Formen sind keinem anderen operativen Verfahren mit sicherer Aussicht auf Erfolg zugänglich; durch Wachstum, Substituierung des Nachbargewebes, Verdrängungserscheinungen, besonders aber durch Blutung und Jauchung bereiten diese Geschwülste dem Träger erhebliche Gefahren.

Gerade diese Kolossalkavernome können, wie sich aus P.'s Krankengeschichten ergibt, durch das Magnesiumpfeilverfahren vollständig geheilt werden; es sind das also Fälle, wo das Verfahren dringend indiziert ist, speziell aber auch aus dem Grunde, weil alle anderen Verfahren entweder große Gefahren bringen oder überhaupt unmöglich sind (Exstirpation) oder in ihrer Wirkung keinen halbwegs sicheren Erfolg versprechen.

In anderen Fällen stellt die Magnesiumpfeilbehandlung einen im Vergleiche zur Exzision so einfachen, unblutigen und ungefährlichen Eingriff mit kosmetisch ausgezeichnetem Erfolge dar, daß die Wahl zu deren Gunsten ausfallen muß.

Sie ist also in solchen Fällen eine Methode der Wahl. Selbstverständlich gibt es eine ganze Zahl von Fällen, in denen sowohl die Lage als die Größe der Geschwulst die bisher am meisten bevorzugte Exzisionsmethode uns vorziehen läßt; aber auch hier können unter Umständen kosmetische Vorteile den Ausschlag geben.

In einer ganzen Reihe von Fällen, die speziell durch den ungeeigneten Geschwulstcharakter bedingt sind, worauf schon vorher hingewiesen worden ist, verbietet sich das Verfahren überhaupt von selbst.

Nicht unwesentlich erscheint P. ferner das Verhältnis der Magnesiumpfeilmethode zu sämtlichen übrigen, bisher in Verwendung gezogenen Behandlungsarten der Blutgefäßgeschwülste. Es ist von Wichtigkeit, zu erwähnen, daß das Pfeilverfahren keine von den anderen Heilbestrebungen



ausschließt oder
wenigstens teilweise
licher und leicht
mit Magnesiumpfeile
bezeichnen möchte.
Injektionsmethoden,
verwendet werden.
Endlich ist es
Verfahren, nach
rungen an zahlreich
innewohnen. Ni
Nachbarschaft sich
Fällen festgestellt,
geschwülste exzidie
gefäßgebieten nachw
Niemals wurde
gerissenen Blutgerin
der man in früheren
Bei Beobachtun
eine auf eine Infe
Geschwulst verläuft
Die Hauptvo
zusammenfassen:
Die technische
der subkutanen ka
ungefährlich, durch
und vollkommen un
Da das Verfahr
die man sonst nich
dadurch werden di
nicht auf weite Str
zu beherrschen.
Das Verfahre
Tenotomstich, von
nicht. Das Verfah
Geschwülste kombin
An der Hand
elf selbst behandel
Beobachtungen. Ei
und äußerst entstel
nach verschiedenen
Auch manche
einfluß; doch dür
eignen; darüber wi

Diskussion:
Wirkung des Magne
platte in unangeneh
eine hühnereigroße
tiert werden mußte
Preindlsberg
P. hat seit 3 J
mehrfach darüber b
stellung seiner letz
Stovain anwendete,
nungen nicht best
eintreten sah; P. k

Zentralblatt

erschwert.
Obliteration der
r. Ja es gibt G
direkt als Vor
Die Galvanokaustik
die Elektrolyse könn
nicht unwesentlich, n
den bisherigen, wie P.
en Tierversuchen und
emals kam es zu einer
usbreitenden Thrombose:
in denen die bindegew
rt wurden; es ließen
weisen, obwohl eifrig nach
ein embolischer Vorga
nsel, noch von Wassersto
n Zeiten große Furcht h
ng der gewöhnlichen G
ktion zu beziehende Ko
t ganz ohne Beeinträchti
orteile des Verfahrens
e Einfachheit gestattet die A
kavernösen Geschwülste mi
h einige Tropfen Schleichlös
unblutig. Inhalationsnarkos
ahren ganz unblutig ist, kann
icht gern einem Blutverluste
die Gefäßgeschwülste zu ein
trecken ausgebreitet haben u
ren leistet kosmetisch gan
n dem aus die Pfeile eingeführt
ahren läßt sich mit allen and
binieren und schließt keines d
d von zahlreichen Abbildunger
delten Fällen und verweist n
Einzelne dieser Fälle stellen
stellenden Blutgefäßneubildun
en anderen Methoden ganz
e Lymphangiome werde
dürften sich auch da nich
wird sich erst nach weiter
n: Hofmeister (Stutt
agnesiums bei Deckung
enehmer Weise Bekann
oße Luftgeschwulst en
ußte.
erger (Sarajevo). Be
3 Jahren in 425 Fä
er berichtet. Zweck
letzten 60 Fälle,
ete, das von diesem Autor
bestätigt fand und auch die
P. kehrte nach diesen 30 Versuchen wieder

... die P. die Behandlung
... der geplanten Exstirpation
... die Behandlung mit dem Paquelin, die
... unbeschadet der Magnesiumpfeilmethode
... ganz kleinen Kindern,
... zur Ausführung kommen;
... da sie sich noch
... leichter räumlich
... Ausgezeichnetes; den kleinen
... sieht man später überhaupt
... Behandlungsarten kavernöser
... derselben für späterhin aus.
... P. die Erfahrungen bei
... auf einige anderwärts gemachte
... ungemein ausgedehnten

Er wendete die Methode im Gegensatz zu anderen Autoren bisher nur bei Kindern an und hat als Maximaldosis bisher 0,07 g injiziert.

P. bespricht auch die am anderen Ort beschriebene Technik der Vorbereitung der Injektionsflüssigkeit und das von ihm verwendete Instrumentarium. (Selbstbericht.)

Diskussion: Hirsch (Wien) teilt mit, daß an der Abteilung von Mosetig im Verlauf von 2 Jahren die Rückenmarksanästhesie ca. 300mal ausgeführt worden sei. In den letzten 50—60 Fällen wurde Stovain mit gutem Erfolg verwendet (0,06 mit etwas Adrenalin in physiologischer Kochsalzlösung). Das Fehlen irgendwelcher unangenehmen Erscheinungen führt H. weniger auf das Stovain zurück, als auf den Umstand, daß der Abfluß der Zerebrospinalflüssigkeit möglichst eingeschränkt und so jeder Unterdruck vermieden wird.

Haberer (Wien) glaubt nicht, daß die gute Wirkung der Rückenmarksanästhesie davon abhänge, daß wenig Liquor cerebrospinalis abfließe. In einem Falle von perinealer Prostatektomie habe die Rückenmarksanästhesie versagt, offenbar deshalb, weil man zu wenig Liquor hatte abfließen lassen. Derselbe stand unter hohem Druck, so daß mit ihm neben der Kanüle sich tropfenweise die injizierte Adrenalin-Kokainlösung entleerte. Seither lasse man an der v. Eiselsberg's'chen Klinik niemals viel Liquor cerebrospinalis abfließen und habe nie mehr ein Versagen und auch keinen Nachteil bei dem Verfahren bemerkt.

Defranceschi (Rudolfswert) verfügt über 200 Fälle von Rückenmarksanästhesie, die von vollkommenem Erfolge begleitet waren. Er bringt dieselbe auch bei Kindern in Anwendung. D. verwendet Tropakokain, und zwar bei Kindern unter 10 Jahren 8—10 cg, bei solchen von 10—15 Jahren mindestens 10 cg und bei Erwachsenen durchweg 15 cg. D. betont, daß er keine unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtet habe.

Preindlsberger (Sarajevo) hat die Dose von 0,07 g nie überschritten und führt bei Kindern aus psychischen Gründen nur die Allgemeinnarkose aus.

Defranceschi (Rudolfswert) berichtet über 770 Fälle von Spinalanalgesie Bei den ersten 20 Fällen injizierte er 5 cg und war mit dem Erfolge sehr unzufrieden. Allmählich stieg er auf 15 cg und hat nun immer einen vollen Erfolg, ohne die unangenehmen, bisher beobachteten Begleiterscheinungen mit in den Kauf nehmen zu müssen. Das Tropakokain sterilisiert er sich selbst in einer Zentrifugeneprouvette in der Bratröhre bei 130° C und läßt dann ca. 5—6 g Liquor cerebrospinalis einfließen. Er bekommt immer genügende Menge Liquor. Vielleicht ist diese Art der Sterilisierung von besonderer Wichtigkeit, da bei 15 cg Kokain keine Beschwerden auftreten. Interessant ist die Beobachtung, daß die Unempfindlichkeit zuerst rechts auftritt, wenn ein Linkshänder, links wenn ein Rechtshänder injiziert. (Selbstbericht.)

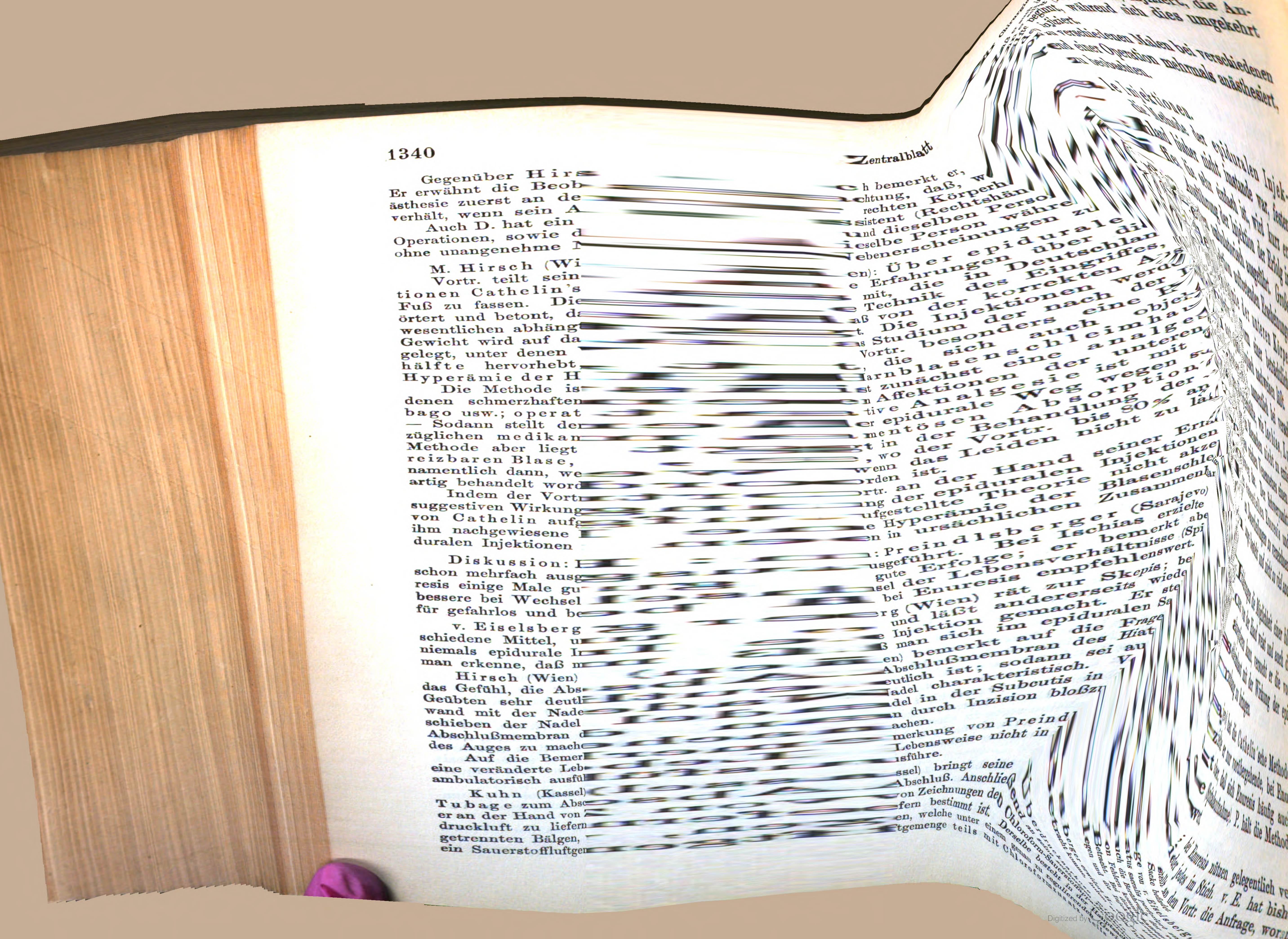
Diskussion: Preindlsberger (Sarajevo) verwendete Tropakokain in der Dosis von 0,07 g. Bei Kindern hat er die Rückenmarksanästhesie nie ausgeführt. Die Gefahrlosigkeit der höheren Dosierung Defranceschi's beruhe vielleicht in der Abschwächung des Tropakokains durch die Sterilisation bei 130°.

Hirsch (Wien) macht auf die Beobachtung von Dönitz aufmerksam, daß bei seitlicher Punktion in manchen Fällen nur eine Halbseitenanästhesie eintritt, woran H. die Folgerung knüpft, man müsse die Punktion stets in der Mittellinie ausführen. D. hält diesen Weg für viel rationeller, als das fortwährende Steigen in der Dosis. Dieses Steigen in der Dosis, sowie die Anwendung der Spinalanagesie bei Kindern könne die Methode in Mißkredit bringen.

v. Eiselberg (Wien) erwähnt, daß Bier, falls bei der 1. Injektion die Lumbalanästhesie versagt, abermals eine Dosis injiziere und so kaum mehr einen Versager erlebe.

Defranceschi (Rudolfswert). Wenn Preindelsberger in manchen Fällen nicht genügend Liquor bekomme, so liege dies jedenfalls an der Technik. Er (D. bekomme immer eine genügende Quantität dieser Flüssigkeit.





Gegenüber Hirs … h bemerkt er,
Er erwähnt die Beob … chtung, daß, w
ästhesie zuerst an de … rechten Körperh
verhält, wenn sein A … sistent (Rechtshän
Auch D. hat ein … und dieselben Perso
Operationen, sowie d … ieselbe Person währe
ohne unangenehme … ebenerscheinungen zu

M. Hirsch (Wi … en): Über epidurale
Vortr. teilt sein … e Erfahrungen über di
tionen Cathelin's … mit, die in Deutschlan
Fuß zu fassen. Die … Technik des Eingriffes,
örtert und betont, da … aß von der korrekten A
wesentlichen abhäng … t. Die Injektionen werd
Gewicht wird auf da … s Studium der nach der I
gelegt, unter denen … Vortr. besonders eine K
hälfte hervorhebt … , die sich auch objek
Hyperämie der H … arnblasenschleimhau
Die Methode is … st zunächst eine analge
denen schmerzhaften … n Affektionen der unteren
bago usw.; operat … tive Analgesie ist mit
— Sodann stellt de … er epidurale Weg wegen
züglichen medikan … mentösen Absorption
Methode aber liegt … t in der Behandlung der
reizbaren Blase, … , wo der Vortr. bis 80% an
namentlich dann, we … wenn das Leiden nicht zu lä
artig behandelt word … orden ist.
Indem der Vort … rtr. an der Hand seiner Erfa
suggestiven Wirkung … ng der epiduralen Injektionen
von Cathelin auf … ufgestellte Theorie nicht akze
ihm nachgewiesene … e Hyperämie der Blasenschle
duralen Injektionen … n in ursächlichen Zusammenhan

Diskussion: … : Preindlsberger (Sarajevo)
schon mehrfach ausg … usgeführt. Bei Ischias erzielte
resis einige Male gu … gute Erfolge; er bemerkt abe
bessere bei Wechsel … sel der Lebensverhältnisse (Spi
für gefahrlos und be … bei Enuresis empfehlenswert.

v. Eiselsberg … rg (Wien) rät zur Skepis; bei
schiedene Mittel, u … und läßt andererseits wiede
niemals epidurale I … e Injektion gemacht. Er ste
man erkenne, daß m … ß man sich im epiduralen Sa

Hirsch (Wien) … en) bemerkt auf die Frage
das Gefühl, die Abs … Abschlußmembran des Hiat
Geübten sehr deutl … eutlich ist; sodann sei au
wand mit der Nade … Nadel charakteristisch. V
schieben der Nadel … del in der Subcutis in
Abschlußmembran d … n durch Inzision bloßzu
des Auges zu mache … achen.
Auf die Bemer … merkung von Preind
eine veränderte Leb … Lebensweise nicht in
ambulatorisch ausfü … sführe.

Kuhn (Kassel) … ssel) bringt seine
Tubage zum Abs … Abschluß. Anschlie
er an der Hand von … von Zeichnungen de
druckluft zu liefern … fern bestimmt ist.
getrennten Bälgen, … en, welche unter
ein Sauerstoffluftgem … tgemenge teils

solchen beherbergen. Gefüllt werden sie von einer Sauerstoffbombe aus (fakultative Zugabe von Luft mittels Blasebalges), mit Verwendung eines Chloroformtropfapparates nach Roth-Dräger. Die aus den beiden Bälgen austretenden Gasgemenge passieren eine Wandhahneinrichtung; dann vereinigen sie sich unter Durchstreichung eines Manometers zu einer Leitung nach dem Munde. Dort tritt das Gasgemenge im Stadium der Inspiration in das Tubusrohr nach der Lunge ein, bei der Exspiration verläßt es aus einem Ventile das System.

Der Apparat leistet laut Versuchen an lebenden Menschen und Tieren alles, was man von ihm verlangen kann. Unter seiner Verwendung ist man imstande, einen Menschen stundenlang in einer ruhigen Überdrucknarkose zu halten (7—15 cm Wasserdruck). Die Zufuhr von Chloroform aus dem einen Balg erfolgt ganz nach Bedarf durch Einstellung des Wandhahnes; ist Pat. tief genug in Narkose, wird die Chloroformzufuhr (ohne Unterbrechung der anderen Druckzuleitung) sistiert.

(Selbstbericht.)

Schultze (Duisburg) Die Klemmtechnik in der Chirurgie nach dem Prinzip der fremdkörperfreien Klemmnaht.

Auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Aachen 1900 berichtete ich an dieser Stelle über meine neue Nahtmethode, die Klemmnaht. Die Technik derselben bestand in der Fixation der Wundränder mittels Roser'scher Klauenschieber in Abständen von ca. $1/2$ cm, sowie in Anlegung eines gewöhnlichen Verbandes und Entfernung der Schieber direkt nach Fertigstellung des Verbandes. Zweck dieser Methode ist Ausschaltung der eventuellen Stichkanaleiterung.

Indiziert ist die Klemmnaht überall dort, wo genäht wird; eine Spannung der Haut darf nicht vorhanden sein.

Die bei der Klemmnaht zur Verwendung gelangende Klemmtechnik habe ich nun allenthalben in der Chirurgie ausgenutzt. Der Klemmnaht fällt aber hier die Aufgabe zu, als vorbereitende Naht zu dienen. Die äußerst einfache Naht besteht darin, daß mittels der Roser'schen Klauenschieber die Wundränder gefaßt und die Wunden geschlossen werden, wodurch das Operationsgebiet nahtgerecht wird. Zweck der Klemmtechnik ist Vereinfachung jeder Naht, Erhöhung der Aseptik durch direkten Abschluß der Wunden, exakte Adaption der Wundränder, endlich die Möglichkeit, feinstes Nahtmaterial zu verwenden.

Indiziert ist die Klemmtechnik überall dort, wo man nähen will; besonders da, wo große Spannungen sind, leistet die vorbereitende Klemmnaht vorzügliche Dienste.

Das zur Verwendung gelangende Instrument ist entweder der Roser'sche Klauenschieber oder auch der Péan tunlichst mit klauenförmigem Abschluß. Bei Höhlen kann man etwas gebogene Modelle mit größtem Vorteil ausnutzen.

In aller Kürze auf die einzelnen Operationen hinweisend, kommen in Betracht die äußeren Bedeckungen und die inneren Organe. Bei den ersteren bezieht sich die Klemmtechnik auf die Haut (Plastik, Einnähen von großen Thiersch-Lappen auf Muskel, Sehne, Nerv, Gefäße).

Was die inneren Organe angeht, so handelt es sich hier um Kopf, Hals, Brust und Bauchgegend. Am Kopf sind die vielen Plastiken sehr geeignet für die in Frage stehende Methode. Ganz besonders trifft dies zu bei den Operationen der Gaumenspalte, deren Tecknik dadurch ungemein vereinfacht und deren Resultat wesentlich günstiger gestaltet wird. Analog gestalten sich die Verhältnisse bei definitiver oder temporärer Resektion der Kiefer, der Zunge, wenn es gilt, den Schleimhautabschluß exakt in kurzer Zeit zu erledigen.

Am Hals werden wir bei den Operationen am Ösophagus sowie Larynx durch die Klemmtechnik eine wesentliche Erleichterung finden.

Der Thorax gibt kaum Verwendung für die Klemmtechnik, nur bei Herzverletzungen wird sich dieselbe bewähren.

Das größte Feld für die Verwendung unserer Technik finden wir in der Bauchhöhle, so bei den Operationen am Magen und Darm, über die ich im vorigen Jahre an dieser Stelle berichtete. Der Anus praeternaturalis, die Exstirpation des Proc. vermiformis, die Resektion des Rektum sind Operationen, welche durch die Klemm-



technik eine wesent… blase, sofern es sic… welche für die Exsti…

Bei den Operati… letzungen des Perito… Rolle. Dasselbe gilt … spadie, Phimose).

Zum Schluß fas…

1) Die Klemmna… Verwendung finden.

2) Durch die Te… Wundflächen rasch a…

3) Exakte Adap…

4) die Möglichk…

… Zentralblatt …

…che Vereinfachu… um große dila… …ation bestimmt … …en des Uterus, de… …eum am Beckenbod… von den Operationen…

…se ich Vorstehendes … …ht, als vorbereitende Na…

…chnik wird die Naht vere… abgeschlossen werden kön… …tion der Wundränder … …eit, feinstes Nahtmateri…

(Fortsetzun…

13) **Frank.** Ein… …faches Stativ für C… …liche Instru…

(Zentralblatt für di…

Verf. beschreib… …ie Krankheiten der Ha… Harnröhre oder Bla… …bt eine von ihm angegeb… und dadurch zu phot… …lase eingeführte Instrum… soll. Gegenüber de… …otographischen oder Demon… äußerste Einfachheit… …den schon existierenden … nachgerühmt. Nähe… …eit der Konstruktion und … Verfertiger sind L… …here Beschreibung und A… Louis & H. Loewenstein …

14) **R. dalla Ve…** …edova. Nuovo separato…

(Acc. med… …ned. di Roma 1905. Giugno 4; …

Das Becken de… …des Kranken soll bei der Unter… neigt sein. Das In… Instrument hat die Form eines … drei Stäben, von d… …denen zwei ventral und seitl… dritte dorsal und in… …in der Mitte liegt. Jeder hat … Der Schnabel des I… …Instrumentes paßt sich dem … an. Die richtige L… …Lage wird dadurch festgest… keine Flüssigkeit a… …abfließt (Kontrollkatheter). fünf Nephrektomier… …ierten nur von einer Seite … war der Urin der b… …r beiden Seiten völlig versc…

15) **L. Rauenbu…** …busch. Über Gallert…

(Virchow's Archiv B…

Verf. fügt den… …den spärlichen kasuistisc… einen neuen Fall v… …l von Gallertkrebs hinzu, ausfüllte, auf die… …ie benachbarten Organ… metastasen bis zum… …zum Pankreas hinauf … in den jüngsten Pa… …Partien des Krebses … zu colloider Degen… …egeneration. Die au… schwulst ist im Or… …Original nachzulesen…

16) **Bartkiewicz…** …icz. Ein Fall …

(Gazeta lekarska 1905 …

Bei einer 36 J… …36 Jahre alten Frau, welche … töser Behandlung i… …ng immer mehr herabkam, wurde … hülsung vorgenom… …ommen, und zwar beiderseits …

Niere war um $1/3$ vergrößert, die rechte etwas kleiner. Glatter Wundverlauf, rasche Besserung des Allgemeinbefindens, die Anschwellungen gingen zurück. Der Eiweißverlust jedoch betrug noch 2‰ gegen 3‰ vor der Operation.

Bogdanik (Krakau).

17) **Maximow.** Über die Operation der vollkommenen Entmannung bei krebskranken Männern (Emasculation totale).

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 8.)

Nach der von Chalot angegebenen Methode der Emasculation totale hat Verf. zwei Fälle behandelt und, hierdurch angeregt, in der Literatur im ganzen noch 23 Fälle gefunden, in denen diese Operation ausgeführt wurde. Die in der Literatur verzeichneten, sowie die vom Verf. selbst erzielten guten Resultate ermuntern ihn, die Operation der vollständigen Entmannung erneut für geeignete Fälle zu empfehlen. Als solche werden diejenigen angesehen, in denen die Krankheit (wohl immer Karzinom!) sich nicht auf den Penis beschränkt, sondern auf die Nachbarorgane übergegriffen hat. Rezidive sollen selten, die Prognose quoad vitam et valetudinem günstig sein.

Grunert (Dresden).

18) **Penzo.** Anastomosi fra dotto deferente e testicolo (vasodidimostomia.)

(Rivista veneta di scienze mediche. Venezia 1905.)

Experimentalstudie aus dem Institut für Pathologie und propädeutische Chirurgie der Universität Padua.

Nach eingehender Besprechung der bis jetzt vorliegenden und z. T. praktisch versuchten Verfahren beschreibt Verf. sein Vorgehen, das er an einer größeren Reihe von Tierexperimenten und auch in einem Falle beim Menschen erprobt hat.

Das Bestreben des Verf. ging dahin, erstens eine Verbindung des Ductus deferens mit dem Parenchym des Hodens (ausschließlich des Rete testis) herzustellen und zweitens den praktischen Nachweis zu führen, daß die neugeschaffene Verbindung auch richtig funktioniert. Beides ist ihm gelungen; das letztere, indem er bei Tieren doppelseitig die Verbindung herstellte und die Tiere mit Weibchen zusammensperrte, die dann auch trächtig wurden.

Entsprechend seinen Tierversuchen ging Verf. in einem Falle von tuberkulöser Epididymitis so vor, daß er nach Resektion des Nebenhodens und des Endteiles des Samenstranges verschiedene Öffnungen in dem zurückbleibenden Stück des letzteren anlegte und dieses in der zu Untersuchungszwecken gesetzten Inzisionswunde des Hodens fixierte. Als dann später die Exstirpation auch des Hodens notwendig wurde, zeigten die mikroskopischen Präparate gut ausgebildete Kommunikationen zwischen dem eingepflanzten Samenstrang und den Samenkanälchen.

Engelmann (Dortmund).

19) **Bogdanik.** Torsion des Samenstranges.

(Przegląd chirurgiczny Bd. V. Hft. 4a.)

Verf. beschreibt einen operierten Fall und zitiert 50 Fälle, welche er in der Literatur vom Jahre 1840 bis 1904 fand. Die Torsion kann den im Hodensack liegenden, als auch den ektopischen Hoden betreffen. Sie betraf in seinem Falle ein neugeborenes Kind und einen Greis von 70 Jahren; am häufigsten kam sie jedoch im Alter von 13—30 Jahren vor (34 Fälle = 68%). Wo die Seite der Torsion angegeben wurde, war sie gleich auf die rechte und linke verteilt, je 23 Fälle; in vier Fällen war der Samenstrang in zwei Teile, das Gefäßbündel und Deferensbündel, geteilt. In einem Falle (Estor) war das Deferensbündel nicht gedreht. Als Gelegenheitsursache ist in vielen Fälle eine starke Körperbewegung oder Erschütterung erwähnt.

Das klinische Bild hat eine große Ähnlichkeit mit Brucheinklemmung, so daß diese Diagnose vor der Operation gestellt wurde; nur viermal wurde die Torsion diagnostiziert und in 10 Fällen vermutet. Nur in 2 Fällen gelang die unblutige Detorsion, in den übrigen Fällen wurde operiert. Die Kastration wurde in 35 Fällen



vorgenommen (70%); … 7 Fällen hat sich nachträglich der gangränöse Hoden ganz oder teilweise abgest… , in den übrigen Fällen atrophierte der Hoden bis auf einen Fall, wo aber … nachträglich wahrscheinlich auch Atrophie eintrat. Die Erkrankung bildet also … eine große Gefahr für den Hoden, die Mortalität aber ist gleiche Null.

Was die Behandl… ung anbelangt, kann in den ersten Stunden die Taxis versucht werden; in ei… m späteren Stadium, oder wo die Detorsion nicht gelang, muß operiert werden; … dabei soll man trachten, den Hoden zu erhalten; denn selbst ein atrophierter Ho… den ist besser als gar keiner, insbesondere wenn der zweite fehlt, wie im Falle d… es Verf.s. (Selbstbericht.)

20) **A. Bum.** Fr… actura calcanei.

(Aus der Sitzung d… er k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 31. März 1905.) (… Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 14.)

Demonstration e… ines 25jährigen Pat. mit einer 5 Monate alten Fractura calcanei. Sowohl Art d… er Entstehung als auch der klinische Befund ließen mit Sicherheit die Diagnose ei… ner Kompressionsfraktur des Calcaneus stellen. Atypisch war eine außerordentlich … empfindliche Stelle an der Sohlenmitte des verletzten Fußes, etwa 3¾ cm vom Hi… nterrande der Sohle entfernt. Das Röntgenogramm wies hier das Vorhandensein e… ines länglichen Knochensplitters nach. Im übrigen — und dies rechtfertigt die … Mitteilung dieses Falles — negierte der Röntgenologe das Vorhandensein einer … Fraktur. In der Literatur sind noch drei ganz analoge Fälle (Ehret, Bähr, Bet… tmann) mit negativem Röntgenbefunde beschrieben.

Hübener (Dresden).

21) **Stompa.** U… n caso di piede valgo da esostosi solitaria dell' astragalo.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 3.)

Bei einem 11jähr… igen Mädchen hatte sich seit dem 5. Jahr eine Exostose des Talus ausgebildet, die … unter dem inneren Knöchel saß, eine apfelgroße Geschwulst bildete und zu Valgu… sstellung des Fußes geführt hatte. Sie war höckerig, hatte tiefe Einsenkungen u… nd einen knorpeligen Überzug, ließ sich leicht exstirpieren; ein Gipsverband in st… arker Varusstellung blieb einige Wochen liegen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

22) **A. Weischer.** … Dorsale Luxation im Lisfranc'schen Gelenke.

(Ärztl… iche Sachverständigen-Zeitung 1905. Nr. 12.)

Die an sich selt… ene Verletzung ist in diesem Falle dadurch besonders interessant, daß der Angr… iffspunkt nicht Tarsus und Fußrücken, sondern Metatarsus und Fußsohle waren. … Der rechte Fuß eines Arbeiters wurde von der Drahtschlinge eines Drahtzuges geg… en eine Eisenplatte gezogen. Trotzdem eine ausgedehnte Weichteilwunde bestan… d, Ossa cuneiformia und cuboides entfernt werden mußten und die Strecksehnen … sich nekrotisch abstießen, blieb der Fuß gehfähig.

Renner (Dresden).

23) **Kirmisson.** A… rrêt de développement du membre inférieur droit avec déviation du p… ied en équin varus chez un enfant de deux ans et demi.

(Revue d'orthpédie 1905. Nr. 2.)

Die morphologisc… hen Eigenheiten erklären sich aus dem Röntgenbilde. Das Schienbein zeigt eine … Krümmung mit der Konvexität nach außen, das Wadenbein eine solche nach vorn … und innen. Letzteres ist hypertrophisch entwickelt, wie bei Fehlen des Schienbei… ns; das Wadenbeinköpfchen, nach oben verrückt, bildet einen Vorsprung. Die Ve… rbindung zwischen Schienbein und Wadenbein am Knie ist federnd; am unteren … Ende stehen die Knochen so weit auseinander, daß Calcaneus und Talus zwischen i… hnen Platz gefunden haben.

Hermann Frank (Berlin).

Originalmittei… lungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* … in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf* … *& Härtel*, einsenden.

Druck und Ve… rlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 50. **Sonnabend, den 16. Dezember.** **1905.**

Zur Behandlung des Duodenalstumpfes bei der Resektionsmethode nach Billroth II.

Von

Prof. Dr. **Steinthal** in Stuttgart.

Die Mitteilung Brunner's über Nahtinsuffizienz am Duodenumstumpf ist sehr dankenswert und wird hoffentlich zu einer ersprießlichen Diskussion führen. Meine persönlichen Erfahrungen hierüber im Laufe der letzten 6 Jahre sind folgende:

Zahl der nach der II. Billroth'schen Methode operierten Fälle = 11. Davon starben 4, 1 Fall am 4. Tage nach der Operation an Pneumonie, 1 Fall am

3. Tag an Herzinsuffizi…
geschlossen, sondern a…
Darmende sich nur u…
der Tampon etwas ga…
Reaktion von seiten d…
die etwas ausführliche…

1) 53jähriger M…
Pyloruskarzinoms, Ei…
noch mit Netz gedec…
Entwicklung einer re…

Autopsie: In…
um den Duodenumstu…
eines Handtellers, bei…
kleinen Öffnung an…
anatomische Diagnose…
peritonitis.

2) 43jährige Fra…
Duodenum ziemlich w…
quetsche, Schnürvers…
völliger Verschluß de…

Verlauf in de…
Völle im Leib; am 9…
vermutet wird, es ent…
gallig gefärbt ist, wo…
Daneben stärkere Dia…
Dämpfung links hinte…
tischen Fiebers mit S…

Autopsie: Lin…
Ausdehnung mit dem…
infiltriert; rechte Lung…
Dünndarm hat sich v…
in dem Mesenterialsch…
benen Weise verfange…
Pathologisch-anatomis…
subphrenische linksseit…
Wanderung des Dünn…
fache Karzinomknoten…

Somit fand s…
keit der Duodenu…
Operation starb, e…
Umgebung reaktion…
mitgeteilten Todesf…
Verlagerung und E…
Inhaltes zur Spren…
Fall von dem 53jä…
zienz des Duodenu…
der Operation die…
zu dem an Herzs…
imbibiert war.

Ohne unglück…
obachtet worden.
sezernierende Fist…
eine solche seit 8…

…In letzterem Falle wurde die Bauchwunde nicht völlig
…den Stumpf des Duodenum ein Tampon gelegt, da das
…llständig hatte einstülpen lassen. Bei der Autopsie war
…gefärbt, die Naht nicht völlig wasserdicht. Aber keine
…Peritoneums. Anders in den beiden folgenden Todesfällen,
…erwähnt werden müssen.

…nn, Resektion eines kleinapfelgroßen, leicht beweglichen
…tülpungsnaht des Duodenum etwas mühsam, Nahtlinie wird
… Völliger Verschluß der Bauchwunde. — Vom 6. Tag ab
…tsseitigen Pleuritis mit Exitus am 10. Tage.
…der rechten Pleurahöhle $^3/_4$ Liter trüber, seröser Flüssigkeit;
…mpf eine gut abgesackte eitrige Peritonitis in der Ausdehnung
…n Druck auf die Plica duodenojejunalis entleert sich aus einer
…der oberen Seite des Stumpfes Darminhalt. Pathologisch-
…: Pleuritis septica, fortgeleitet von zirkumskripter Perforations-

…u, Resektion eines kleinapfelgroßen Pylorustumors, wobei das
…weit vom Pankreas abgelöst werden muß, Anlegen der Darm-
…chluß, zweireihige Einstülpungsnaht, Übernähung mit Netz;
…er Bauchwunde.
…n ersten 7 Tagen durchaus günstig; am 8. Tage Klagen über
…9. Tage Lösung einzelner Nähte, da ein Bauchdeckenabszeß
…tleert sich etwas Eiter aus der Wunde, der am folgenden Tage
…orauf für ca. 14 Tage eine reichliche gallige Sekretion erfolgt.
…arrhöen und Anzeichen von erschwerter Darmzirkulation sowie
…ten unten mit Temperatursteigerungen. Ausbildung eines hek-
…Schüttelfrösten. Exitus 4 Monate nach der Operation.
…inke Lunge erheblich geschrumpft, ihre Basis in der ganzen
…em Zwerchfelle verwachsen, der ganze linke Unterlappen eitrig
…nge gesund; im Abdomen 2 Liter eitrig-seröse Flüssigkeit; der
…von der Magenanastomosenstelle ab bis 60 cm vor dem Coecum
…chlitz in der von Petersen (Chirurgenkongreß 1900) beschrie-
…gen; weder am Magen noch am Duodenumstumpf eine Fistel.
…nische Diagnose: Eitrige Infiltration des linken Unterlappens,
…eitige Eiterung, Peritonitis chronica exsudativa, Petersen'sche
…nndarmes, mehrfache Abszesse im linken Leberlappen, mehr-
…ten der Leber.

…sich unter den 4 Todesfällen 3mal eine Undichtig-
…numnaht. Der eine Fall, welcher 3 Tage nach der
…erlag seiner Herzschwäche, er zeigte eine für die
…tionslose Insuffizienz; bei dem zweiten der ausführlicher
…desfälle hat ein ungemein seltenes Ereignis, die abnorme
…d Einklemmung des Dünndarmes durch Stauung seines
…prengung der Duodenumnaht geführt, so daß nur der
…3jährigen Pat. als typischer Todesfall der Nahtinsuffi-
…enumstumpfes übrig bleibt. In diesem Falle war nach
…lie Bauchhöhle völlig geschlossen worden, im Gegensatz
…erzschwäche Verstorbenen, wo der Tampon nur gallig

…ücklichen Ausgang ist Insuffizienz der Naht zweimal be-
…n. In dem einen Falle bestand eine für 14 Tage stark
…istel, in dem anderen jüngst operierten Falle besteht
…8 Tagen, sie ist aber schon in Rückbildung begriffen.

In beiden Fällen ist primär tamponiert worden, die Insuffizienz machte sich nach der 1. Woche geltend; in 2 weiteren Fällen wurde gleichfalls primär tamponiert, ohne daß es zu einer Darmfistel kam. In 3 genesenen Fällen fand eine Tamponade nicht statt. So stehen 5 tamponierte Fälle mit 1 Todesfall, der aber nicht auf Nahtinsuffizienz zurückzuführen ist, gegen 6 nichttamponierte Fälle, von denen 3 geheilt sind, während 1 an Pneumonie, 1 an Nahtsprengung durch Darmeinklemmung, 1 an wahrer Nahtinsuffizienz starb. Von den 5 tamponierten Fällen sind 2 mit, 2 ohne Fistelbildung ausgeheilt.

Ist nun die einfache Versenkung des Duodenumstumpfes in jedem Fall untunlich oder darf man hierbei individualisieren?

Bis jetzt wurde in solchen Fällen, in denen die Neubildung makroskopisch streng am Pylorus Halt machte, in denen das Duodenum nicht weit abgelöst werden mußte und wo sich an seiner Hinterfläche genügend Peritoneum für eine sichere Einstülpungsnaht fand, der Stumpf ruhig versenkt. Wo aber die Abtrennung weit im Duodenum erfolgte, so daß nicht genügend Peritoneum da war, und auch die zum Duodenum ziehenden Gefäße bei der Ablösung mit verletzt wurden, galt es als Regel, den Duodenumstumpf mit darüber genähtem Netz und Gazetampon zu sichern.

Ich halte diese Tamponade für besser als die von Brunner prinzipiell vorgeschlagene extraperitoneale Einnähung des Duodenumstumpfes. Geht doch aus der Mitteilung Brunner's hervor, daß von 10 Fällen nur 1 Fall glatt ausheilte, während die übrigen zum Teil äußerst hartnäckige Fisteln zeigten. Durch die Einnähung wird der Stumpf gezerrt, in seiner Ernährung bedroht und neigt dadurch leichter zur Fistelbildung; bei der Tamponade bleibt der Stumpf in seiner natürlichen Lage und kann eine auftretende Fistel, da ein langer Wundkanal da ist, sich leichter schließen.

---

1) **Macrae.** The diagnosis of peritonitis in enteric fever.
(Glasgow med. journ. 1905. October. p. 257.)

2) **Dalziel.** The surgical aspects of enteric fever.
(Ibid. p. 262.)

Lokalisierte Peritonitis ist bei Typhus sehr selten; M. beobachtete bei 42 Laparotomien, die er wegen typhöser Perforationsperitonitis ausführte, nur zweimal eine Verwachsung des Netzes über der Perforationsstelle und nur einmal einen Abschluß der Bauchhöhle gegenüber dem perforierten Darmteil durch Verwachsungen.

Die Fälle von allgemeiner Peritonitis sind am häufigsten durch Durchbruch einer ulzerierten Peyer'schen Plaque und Austritt des Darminhaltes in die freie Bauchhöhle hervorgerufen (34 von den 42 Beobachtungen M.'s). In sechs Fällen war eine Perforationsstelle nicht vorhanden; hier kann es sich also nur um eine Durchwanderung der Bakterien und Toxine durch den Grund eines Geschwüres oder um Infektion der Bauchhöhle auf dem Blutwege gehandelt haben.

Einmal war die Peritonitis durch Platzen eines Gekrösdrüsenabszesses entstanden. Sehr vereinzelt kommen auch Fälle von Ruptur eines Milzabszesses oder eines Gallenblasenempyems bei Typhus vor, M. hat derartiges selbst nicht beobachtet.

Die Symptome bei der Perforation sind die gleichen, wie sie auch bei Perforationen aus anderen Ursachen beobachtet werden, plötzlicher heftiger Schmerz, Erbrechen, Temperaturabfall, Facies Hypocratica, Ansteigen der Pulszahl; den größten Wert mißt M. der Bauchdeckenkontraktur bei, die fast niemals zu fehlen scheint. Wo es zum Verschwinden der Leberdämpfung kommt, ist auch das Symptom von Wert, ebenso der perkutorische Befund von freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Leider gibt M. nicht Bericht über seine Operationsresultate.

D. spricht über die Prognose der chirurgischen Therapie bei diesen Fällen. Er findet, daß man kaum mehr als auf 20 bis 25 % Erfolg wird rechnen können; einzelne Beobachter geben allerdings auch 40 % für ihre Statistik an. Abgesehen von dem Zeitpunkte der Operation ist auch der bakteriologische Befund von Wert: Streptokokken lassen die Prognose ungünstig, Colibazillen günstig erscheinen, Staphylokokken halten die Mitte.

Die Statistik der Hospitäler in Glasgow ergibt etwa 15 % Heilung (Ergänzung von Macrae's Ausführungen. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

3) J. Malcolm. On spontaneous gangrenous formations in the vermiform appendix, with two cases.

(Brit. med. journ. 1905. September 30.)

Unter Anführung zweier Krankengeschichten lenkt M. die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen von scharf umschriebenen Nekrosen in der Wurmfortsatzwand, die klinisch anscheinend sehr schnell entstehen, ohne Fieber, ohne Pulserhöhung, und die seines Erachtens nicht auf Entzündung beruhen, sondern auf ungenügender Blutversorgung. Die mögliche Ursache letzterer läßt Verf. unerörtert. In den beiden geschilderten Fällen gelang es ihm, den durch die Abstoßung der nekrotisierten Stellen drohenden Durchbruch durch rechtzeitige Operation zu verhüten. Dagegen nimmt er für eine gewisse, beschränkte Anzahl von sehr überraschenden und frühzeitigen Perforationen des Wurmfortsatzes, denen nur ganz geringe klinische Erscheinungen vorausgegangen sind, solche spontan, d. h. nicht auf entzündlicher Grundlage entstandener Wandnekrosen als Ursache in Anspruch.

Weber (Dresden).

---

4) Klemm. Zur Frage der Frühoperation der Appendicitis.

(*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIV. Hft. 5.*)

Strikte Indikationen zum Operieren oder Nichtoperieren bei der akuten Appendicitis würden sich nur aufstellen lassen, wenn die klinischen Symptome uns erlauben, einen sicheren Schluß auf die je-

weiligen pathologisch-anatomischen Veränderungen des Wurmfortsatzes zu tun. Das ist aber durchaus nicht der Fall, wie K. an einer Reihe mitgeteilter, eigener Beobachtungen zeigt. Deshalb ist K. ein ausgesprochener Anhänger der Frühoperation. **Haeckel** (Stettin).

---

5) **Webster.** Appendicitis and pregnancy.

(Surgery, gynecol. and obstetr. etc. Chicago. Vol. I. 1905.)

In sehr klarer Weise betont Verf., daß man, wenn immer man Blinddarmentzündung und Schwangerschaft kombiniert findet, möglichst in den ersten Monaten der Schwangerschaft die Appendektomie machen solle. Wenn irgendmöglich ist Drainage zu vermeiden, da die Verwachsungen usw. später die Ausdehnung des wachsenden Uterus stark hindern können.

Bei der Möglichkeit, fälschlich eine Extra-uterin-Gravidität anzunehmen, betont Verf., daß letztere fast immer mit Blutverlust, aber ohne Fieber einhergeht, während die akute Perityphlitis fast immer Fieber, Schmerzen in der rechten Seite und Erbrechen erzeugt. Verf. verlangt, daß den Frauen, die eine oder mehrere Perityphlitisanfälle überstanden haben, auf jeden Fall bei ihrer Verheiratung die Appendektomie anzuraten ist. — Die Gefahr der vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft durch Appendektomie ist um so größer, je weiter vorgeschritten die Schwangerschaft ist. **Helle** (Wiesbaden).

---

6) **C. W. Barret.** The appendix and its relation to pelvic disease.

(Amer. journ. of surgery 1905. September.)

Von 659 Todesfällen an Appendicitis in $2^1/_2$ Jahren waren 282 Frauen = 42,79%, unter 68950 Todesfällen im allgemeinen 43,54% Frauen. Trotzdem glaubt B., daß die Frauen nicht seltener wie die Männer an Appendicitis erkranken, daß vielmehr öfter die Verwechslung mit Tubo-Ovarialerkrankungen usw. unterläuft. Hierfür gibt er einige Beispiele. Differentialdiagnostisch kommt in Betracht bei

Appendicitis.	Salpingitis.
Keine Infektion.	Infektion in der Anamnese.
Anfall oft nach Diätfehlern (möglicherweise während der Menstruation).	Anfall zur Zeit der Menstruation, nach Abort, Geburt usw. (möglich zu jeder Zeit).
Größere Neigung zu Nausea und Erbrechen.	Geringere Neigung hierzu.
Größte Empfindlichkeit an MacBurney's Punkt.	Größte Empfindlichkeit bei bimanueller Palpation.
Diffuse Empfindlichkeit über dem Bauch; öfter verschwindend oberhalb des McBurney'schen Punktes.	Diffuse Empfindlichkeit nicht bei Druck oberhalb McBurney's Punkt.
Rigidität des rechten Musc. rectus.	Rigidität des Scheidengewölbes.



Als Schlußsätze [illegible] betont B., daß Appendicitis die Entwicklung von Salpingitis, daß abe[illegible] auch letztere und andere Beckenerkrankungen die Entwicklung von [illegible] Appendicitis begünstigt, daß Menstruation beiden Vorschub leistet, d[illegible] daß die Diagnose der Appendicitis beim Weibe größeren Hindernis[illegible]sen begegnet, als beim Manne, daß sie daher bei ersterer öfter über[illegible]sehen wird. Er ermahnt die Gynäkologen, bei ihren Operationen [illegible] auf den Wurmfortsatz zu achten und das event. kranke Organ zu entfernen, wendet sich aber energisch gegen diejenigen, die auch das gesunde Organ exstirpieren wollen.

Goebel (Breslau).

7) **Loevinsohn.** Darmverschluß und Darmverengerung infolge von Perityphlitis.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIV. Hft. 5.)

Im Anschluß an sechs auf der Mikulicz'schen Klinik beobachtete Fälle gibt L. eine zusammenfassende Darstellung dieser wichtigen Komplikation der Appendicitis, die, wie die Berücksichtigung der Literatur zeigt, bisher noch nicht die ihr zukommende Beachtung gefunden hat.

L. bildet zwei Gruppen: Okklusionen im Anfall und solche im Intervall. Während letztere bedingt sind durch rein mechanische Momente: Adhäsionen, Strangbildungen, Knickungen, Verbackung der Därme untereinander, spielt bei den Okklusionen im Anfall die lokale Darmlähmung eine wichtige, in vielen Fällen die Hauptrolle. Ähnlich wie bei allgemeiner Peritonitis eine allgemeine Darmlähmung außerordentlich häufig vorkommt, kann auch bei der lokolen Peritonitis, die eine Appendicitis hier darstellt, die dem lokalen Herde zunächst liegende Darmpartie lokal gelähmt sein. Man findet zwar auch hier meist lockere Verklebungen; diese genügen aber nicht, wie man sich bei der Operation überzeugen kann, zur Erklärung der gestörten Darmpassage. Es handelt sich um eine Kombination von dynamischen mit mechanischen Störungen; der Anteil beider Komponenten läßt sich nicht immer mit voller Klarheit bestimmen, aber oft ist die lokale Darmlähmung die Hauptsache.

Im klinischen Verlaufe haben die Okklusionen durch Appendicitis nichts Charakteristisches voraus vor einem Ileus aus anderer Ursache. Bei den Okklusionen im akuten Anfalle dagegen ist das Bild durch die Komplikation mit akuter lokaler Peritonitis viel farbenreicher und oft schwerer zu deuten.

Für die Therapie der Okklusionen im Anfalle wird am meisten empfohlen die *Laparotomie und Lösung der Verklebungen*; man macht dazu am besten *nicht den Schnitt in der Medianlinie, sondern einen Schnitt medial und parallel dem meist schon früher der Appendicitis wegen gelegten.* Die von *Broca* empfohlene *Anlegung einer Kotfistel an einem geblähten Darmstück in der Tiefe der primären, der Appendicitis wegen gesetzten Wunde, hat große Vorteile.* Kann man die Verklebungen nicht lösen, so kommt Enteroanastomose in Betracht

oder, besonders bei lokaler Darmlähmung, Enterostomie oberhalb der gelähmten Schlinge.

Zum Schluß folgen sechs Operationsgeschichten. Drei dieser Fälle wurden im Anfall operiert; bei einem wurde die Enteroanastomose gemacht, mit Erfolg, bei den beiden anderen eine Kotfistel angelegt; einer davon starb. Bei den drei weiteren Fällen handelte es sich um Passagestörungen im Intervall; zwei von ihnen wurden geheilt durch Lösung der Adhäsionen; der dritte endete tödlich; der durch den Wurmfortsatz strangulierte Darm war gangränös und mußte reseziert werden.

Haeckel (Stettin).

---

8) **Nicoll.** Case operated on for radical cure of inguinal hernia.

(Glasgow med. journ. 1905. October. p. 241.)

Empfehlung eines Operationsverfahrens, das Verf. 1902 für die Behandlung von Schenkelbrüchen angegeben und das sich ihm neuerdings auch für die Radikaloperation komplizierter Leistenbrüche bewährt hat, wo große Bruchpforte, schlaffe atrophische Bauchdecken, schlecht ausgebildetes Leistenband oder Korpulenz den Erfolg in Frage stellen.

Die wesentlichen Punkte des Verfahrens sind: 1) Befestigung des nicht abgetragenen Bruchsackes nach Art eines Polsters auf der inneren Öffnung des Leistenkanals; 2) Durchbohrung des Ramus horizontalis ossis pubis an zwei Stellen und Vernähung des inneren Bruchpfeilers mit dem horizontalen Schambeinast unter starkem Abziehen des Leistenbandes nach unten; 3) Herüberziehen des vorher nach unten gezogenen Leistenbandes nach oben zur völligen Überdeckung der Naht sub 2 und Annähen des Leistenbandes an die den inneren Bruchpfeiler bedeckende Fascie.

W. v. Brunn (Rostock).

---

9) **Nicoll.** Specimens from a series of cases of hernia of the ovary in young children.

(Glasgow med. journ. 1905. October. p. 268.)

N. hat in den letzten 3 Jahren 25, im Jahre 1904 allein 11 Fälle von Ovarialhernie bei Kindern in Behandlung bekommen. Seine Erfahrungen faßt er in folgenden Sätzen zusammen:

1) Leistenbrüche sind bei weiblichen Kindern häufig unter einem Jahr, selten in späteren Jahren.

2) Derartige Brüche enthalten fast immer einen Eierstock im ersten Lebensjahre, in späteren Jahren fast stets nur Darm, was übrigens auch schon im 1. Jahre der Fall war.

3) Bei Kindern im 1. Lebensjahre tritt der Bruch in den Canalis Nuckii ein; der Bruchinhalt ist meist Eierstock, regelmäßig zugleich mit Tube, in weniger als 20% der Fälle Darm und Netz.

4) Ovarialbrüche sind bei sonst normalen Kindern nur äußerst selten doppelseitig; Verf. sah nur einen Fall.



5) Hydrokele [illegible] des Canalis Nuckii ist bei Kindern selten (vier Fälle).

6) Bei angeborenem Eierstocksbruch ist das Lig. rotundum kurz und dick wie ein [illegible] Gubernaculum testis und setzt sich an der Hinterwand des Canalis Nuckii an.

7) Ein Mesovarium besteht oft und verbindet den Eierstock mit der hinteren Fläche des Canalis Nuckii.

8) Es erscheint nicht selten am Ende des 1. Lebensjahres eine Naturheilung des [illegible] Ovarialbruches einzutreten, doch kommt es dann bisweilen an dieser Stelle zu einem Darmbruch.

Einklemmung [illegible] des Eierstocks bedingt die Entfernung, ebenso cystische Entartung; sonst wird er reponiert. Man operiere möglichst alle Fälle zur Vermeidung von Komplikationen. Alle 20 operierten Fälle des Verf.s genasen. Die Hälfte war ambulant orperiert worden.

W. v. Brunn (Rostock).

---

10) **L. Baldassari** und **R. Finotti** (Ferrara). **Riparazione delle perdite di sostanza delle pareti gastriche ed intestinali con lembi siero-muscolari.**

(Clinica chirurgica Bd. XI. Nr. 3.)

Baldassari [illegible] und Finnotti haben im Verlauf ihrer systematischen Versuche über die Transplantation seröser Häute, speziell des Bauchfelles, den [illegible] Ersatz von Substanzverlusten im Magen und Darm studiert. Ausschnitte oder Zerstörungen mit dem Thermokauter im Ausmaß von 2 : 3 cm wurden an Hunden angelegt, teils parallel der Längsachse, teils quer auf diese, und nur das Mesenterium und seine Anheftung unversehrt gelassen. Diese Defekte wurden mit sero-muskulösen Lappen aus dem parietalen Bauchfellgebiete gedeckt, die Peritonealwunde daselbst genäht und der Bauch geschlossen. Alle Tiere überlebten den Eingriff, keins wies peritoneale Erscheinungen auf. Bei einigen fanden sich (sie wurden zu verschiedenen Zeiten (bis zu 3 Monaten, getötet) Verwachsungen in der Umgebung und auf der Oberfläche der Lappen. Diese selbst waren schon nach wenigen Tagen fest auf der Unterlage aufgewachsen, verdickt, erhaben über das übrige normale Bauchfell. Die Intestinalwand war verdickt, widerstandsfähig, ohne Einschnürungen und Verengerungen. Die Schleimhaut erschien normal, nach 5—6 Tagen schon war nur mehr eine kleine Delle an Stelle des Substanzverlustes. Mikroskopisch konnte nachgewiesen werden, daß die Muskelschicht der Lappen, welche in den ersten Tagen frei in die Lichtung des Darmrohres hineinragte und mit dem Darminhalt in Berührung kam, von jungen Bindegewebselementen durchsetzt ward, so daß in späteren Stadien keine Spur von diesen Schichten übrig blieb und sie ganz durch mächtige neugebildete Bindegewebs- und Narbenschichten ersetzt wurden. — Diese glänzenden Erfolge forderten zu weiteren Versuchen über den Vorgang bei der Heilung auf. Verff. nahmen Rinderarterien und -Peritoneallappen, selbst impermeable, sicher sterilisierte Stoffe. Auch diese Deckungen wurden

anstandslos vertragen; doch lieferten sie sehr intensive und ausgedehnte Verwachsungen.

J. Sternberg (Wien).

11) **P. Henriksen.** Die chirurgische Behandlung von Ulcus ventriculi.

(Norsk Mag. for Laegevid. Jahrg. 66. p. 290.)

Die Arbeit, als Habilitationsvorlesung geschrieben, ist ein Übersichtsartikel, der sich nicht zum Referat eignet.

Hansson (Cimbrishamn).

12) **H. Lilienthal** (New York). Remarks on the surgery of the stomach.

(Amer. journ. of surgery 1905. September.)

Eine gedrängte Übersicht über einige Punkte der Magenchirurgie. Bei der Frage der Malignität hält L. mindestens sechsmalige Untersuchung nach Probefrühstück usw. für nötig. Bei der Vorbereitung zur Operation empfiehlt er Reinigung der Zähne mit alkalischem Dentrifice (Natr. bicarbon. z. B.) und Zufuhr nur steriler Nahrung. Zur Probelaparotomie macht er zuerst einen kleinen Schnitt durch den Rectus, der eben zwei Finger zur Exploration einläßt und zieht event. zwei Schnitte an beiden Seiten einem großen vor.

In bezug auf die Madelung'schen Mitteilungen auf dem Chirurgenkongreß 1905 ist interessant, daß L. bei Kachektischen mehrmals eine spontane Wiedereröffnung medianer Wunden mit Eingeweidevorfall selbst 10 Tage nach der Operation gesehen hat, sowohl nach Seiden- als Chromcatgut- oder Silkwormnaht. Auch von anderen Operateuren in Neuyork sind ihm derartige Fälle mitgeteilt. (Ref. beobachtete auf der Schede'schen Abteilung in Eppendorf ein Wiederaufplatzen der anscheinend primär geheilten Bauchwunde nach Probelaparotomie wegen Karzinom, nachdem am 11. Tage nach der Operation die die ganze Bauchwand durchsetzenden, entspannenden Silberdrähte entfernt waren.)

Goebel (Breslau).

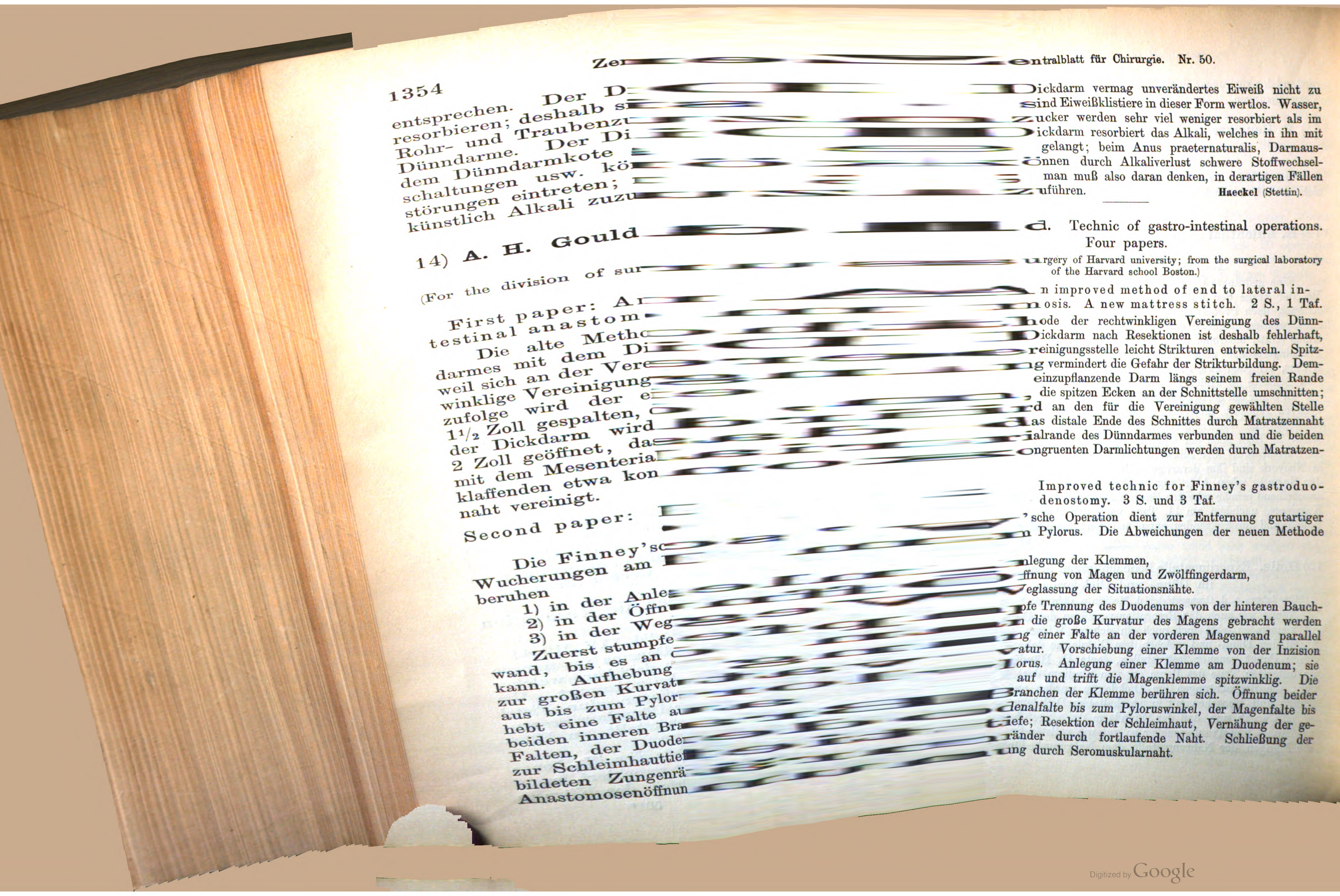
13) **Heile.** Experimentelle Beobachtungen über die Resorption im Dünn- und Dickdarme.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 4.)

Wenn wir auch das Resorptionsvermögen des Darmes im ganzen gut kennen, so fehlt doch noch ein sicheres Wissen darüber, welcher Anteil dem Dünn- und welcher dem Dickdarme dabei zukommt. Um diesen Punkt genauer festzustellen, legte H. Hündinnen eine Fistel am untersten Teile des Ileum an zum Studium der Dünndarmresorption; die Beobachtungen am Dickdarme wurden angestellt an Hündinnen und Menschen mit ausgeschaltetem Dickdarme.

Es ergab sich, daß der Dünndarm das eingeführte Eiweiß ebenso wie Rohr- und Traubenzucker so gut wie vollständig resorbiert, wenn die Mengen der Nahrungsstoffe dem Nahrungsbedürfnis des Körpers





entsprechen. Der Dickdarm vermag unverändertes Eiweiß nicht zu resorbieren; deshalb sind Eiweißklistiere in dieser Form wertlos. Wasser, Rohr- und Traubenzucker werden sehr viel weniger resorbiert als im Dünndarme. Der Dickdarm resorbiert das Alkali, welches in ihn mit dem Dünndarmkote gelangt; beim Anus praeternaturalis, Darmausschaltungen usw. können durch Alkaliverlust schwere Stoffwechselstörungen eintreten; man muß also daran denken, in derartigen Fällen künstlich Alkali zuzuführen. **Haeckel** (Stettin).

14) **A. H. Gould.** Technic of gastro-intestinal operations. Four papers.

(For the division of surgery of Harvard university; from the surgical laboratory of the Harvard school Boston.)

First paper: An improved method of end to lateral intestinal anastomosis. A new mattress stitch. 2 S., 1 Taf.

Die alte Methode der rechtwinkligen Vereinigung des Dünndarmes mit dem Dickdarm nach Resektionen ist deshalb fehlerhaft, weil sich an der Vereinigungsstelle leicht Strikturen entwickeln. Spitzwinklige Vereinigung vermindert die Gefahr der Strikturbildung. Demzufolge wird der einzupflanzende Darm längs seinem freien Rande $1\frac{1}{2}$ Zoll gespalten, die spitzen Ecken an der Schnittstelle umschnitten; der Dickdarm wird an den für die Vereinigung gewählten Stelle 2 Zoll geöffnet, das distale Ende des Schnittes durch Matratzennaht mit dem Mesenterialrande des Dünndarmes verbunden und die beiden klaffenden etwa kongruenten Darmlichtungen werden durch Matratzennaht vereinigt.

Second paper: Improved technic for Finney's gastroduodenostomy. 3 S. und 3 Taf.

Die Finney'sche Operation dient zur Entfernung gutartiger Wucherungen am Pylorus. Die Abweichungen der neuen Methode beruhen

1) in der Anlegung der Klemmen,
2) in der Öffnung von Magen und Zwölffingerdarm,
3) in der Weglassung der Situationsnähte.

Zuerst stumpfe Trennung des Duodenums von der hinteren Bauchwand, bis es an die große Kurvatur des Magens gebracht werden kann. Aufhebung einer Falte an der vorderen Magenwand parallel zur großen Kurvatur. Vorschiebung einer Klemme von der Inzision aus bis zum Pylorus. Anlegung einer Klemme am Duodenum; sie hebt eine Falte auf und trifft die Magenklemme spitzwinklig. Die beiden inneren Branchen der Klemme berühren sich. Öffnung beider Falten, der Duodenalfalte bis zum Pyloruswinkel, der Magenfalte bis zur Schleimhauttiefe; Resektion der Schleimhaut, Vernähung der gebildeten Zungenränder durch fortlaufende Naht. Schließung der Anastomosenöffnung durch Seromuskularnaht.

Third paper: Improved technic for end to end intestinal anastomosis. 5 S. und 5 Taf.

Verf. beleuchtet die Schattenseiten des Murphyknopfes und empfiehlt folgende Methode: Zurückstreifen des Darminhaltes mit den Fingern, Anlegung von Darmklemmen beiderseits. Der Assistent hält das zu resezierende Darmstück, der Operateur schneidet Darm und Mesenterium durch. Vereinigung der Gekrösränder durch Matratzennaht, Vernähung der Darmlichtungen durch fortlaufende Naht.

Fourth paper: A new method of performing gastroenterostomy. 7 S. und 6 Taf.

Eine senkrecht zur großen Kurvatur des Magens angelegte Klemme hebt eine $3^1/_2$ Zoll lange Falte auf. Dieselbe wird inzidiert, die Schleimhaut reseziert. Durch Auseinanderziehen der Wundränder erhält man nun eine parallel zur großen Kurvatur verlaufende Inzisionsöffnung. Die Klemme wird in der neuen Richtung wieder angelegt. Am Jejunum wird nun mittels einer Klemme eine in der Längsachse des Darmes verlaufende Falte aufgehoben, diese inzidiert, die Schleimhaut reseziert. Die beiden inneren Ränder der Magen- und Jejunumfalte werden von der Mitte der Inzision aus vernäht, die beiden äußeren Ränder durch Seromuskularnaht zur Vereinigung gebracht.

Grünberg (Leipzig).

---

15) **W. B. Cannon** and **J. B. Blake** (Boston). Gastroenterostomy and pyloroplasty, an experimental study by means of the Röntgen rays.

(Division of surgery of the med. school of Harvard university. Boston. 25 S. und 3 Tafeln.)

Verff. bedienten sich als Versuchstiere weiblicher Katzen. Bei möglichst entleertem Darm (vollkommen leer war er nie) wurde Gastroenterostomie gemacht. Um den Gang der Nahrung beobachten zu können, wurde diese, bestehend aus Stärkelösung und Salm mit Bismuthum subnitricum gemischt und die Tiere dann in gewissen Zeitintervallen mit Röntgenstrahlen untersucht.

Ausgehend von der Physiologie des Magens sowie von der Tatsache, daß am Schluß der Verdauung der Pylorus am tiefsten steht, bauen Verff. ihre weiteren Schlüsse auf. Wenn durch Gastroenterostomie Magen und Darm vereinigt werden, stellt diese Vereinigungsstelle den tiefsten Punkt dar und bleibt es, wenn der Magen atonisch und dilatiert ist. Bei nicht vorhandener Dilatation kontrahiert sich der Magen, und der Pylorus rückt am tiefsten. Aus diesem Grunde sollte die Stelle der Anastomose möglichst nahe am Pylorus gewählt werden. Bezüglich der Frage des Ganges des Mageninhaltes nach Gastroenterostomie kommen Verff., in Übereinstimmung mit der von Moritz und v. Pfungen betonten Tatsache, daß der Druck im Magen am Pylorus am größten sei, nach eigenen Beobachtungen zu der Anschauung, daß trotz künstlicher Hindernisse am Pylorus der

*



Mageninhalt durch [illegible] diesen hindurchgetrieben wird, die Anastomosen-
öffnung also mehr o[illegible]der weniger zwecklos ist.

Der bekannte [illegible] Circulus vitiosus trat bei Katzen nach Gastro-
enterostomie besond[illegible]ers ein, wenn der Magen sehr gespannt und aus-
gedehnt war. Eine [illegible]en wesentlichen Nachteil der Gastroenterostomie
erblicken Verff. dar[illegible]rin, daß der Nahrung, die nach der Operation
durch die Anastomo[illegible]senöffnung geht, Gallen- wie Pankreassaft entzogen
wird, der Mageninh[illegible]alt also nicht neutralisiert in das Jejunum übertritt
und dort oft Gesch[illegible]würe verursacht.

Im Gegensatze [illegible] zur Gastroenterostomie hat die Pyloroplastik nach
Heineke-Mikulic[illegible]z oder nach Finney den ebengenannten Nachteil
nicht und verdient [illegible] daher im allgemeinen den Vorzug.

Grünberg (Leipzig).

Kleinere Mitteilungen.

16) 77. Versammlun[illegible]g deutscher Naturforscher und Ärzte zu Meran.

Sektion für Chirurgie.

(Fortsetzung.)

Freiherr v. Eis[illegible]selsberg (Wien). Beitrag zur Kasuistik der Schädel-
knochentumoren.

v. E. berichtet üb[illegible]ber drei seltene Fälle von Schädelknochentumoren, welche er
im Laufe der letzten J[illegible] Jahre in seiner Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte.

Im ersten Falle h[illegible]handelt es sich um eine 35jährige Frau, welche seit mehr als
8 Jahren an einem O[illegible]Osteom des Stirnbeines litt, das im Laufe der letzten Jahre
schneller gewachsen w[illegible] war und zu epileptischen Erscheinungen geführt hatte. In der
Stirngegend befand si[illegible]sich ein harter, eigroßer Tumor. Die Röntgenuntersuchung
ergab, daß derselbe we[illegible]weit in die vordere Schädelgrube hineinreichte. Die Exstirpation
des Tumors war wege[illegible]egen einer odontomartigen Festigkeit desselben sehr erschwert.
Erst nach beträchtlich[illegible]cher Mühe gelang es, ihn in toto auszuhebeln. Dabei konnte
leider nicht verhinder[illegible]dert werden, daß die Siebbeinplatte mit entfernt wurde. Das
war wohl auch die Ur[illegible]Ursache, daß im Laufe der ersten drei, der Operation folgenden
Wochen die Pat. rei[illegible]reichlich Liquor cerebrospinalis durch die Nase entleerte. In
einem zweiten Akte w[illegible] wurde der große, nach der Operation zurückgebliebene Schädel-
defekt durch eine Ze[illegible]Zelluloidplatte nach Alex. Fränkel gedeckt. Die Einheilung
erfolgte reaktionslos. — Gelegentlich eines Diätfehlers und einer Verkühlung acqui-
rierte Pat. 6 Wochen [illegible]n nach dieser zweiten Operation einen Schnupfen, der bei Mangel
des Siebbeines sich s[illegible] sofort bis an die Schädelbasis erstreckte und zu einer Menin-
gitis führte, welcher [illegible]r Pat. bald erlag.

Im zweiten Falle [illegible]alle handelt es sich um eine ausgedehnte Hypertrophie des
Schädels, die zur Bild[illegible]ildung eines sogenannten Turmschädels geführt hatte. Die Hyper-
trophie hatte anschein[illegible]einend von Jugend auf bestanden und war durch ein im 12. Jahre
erfolgtes Trauma wes[illegible]wesentlich vergrößert worden. Das raschere Wachstum und eine
Protusio bulbi bracht[illegible]chte die 22jährige Pat. ins Spital.

Obwohl die radi[illegible]adioskopische Untersuchung entsprechend der Schädelbasis und
der Orbita eine beso[illegible]sondere Verdickung nachwies, wurde zunächst der Tumor der
Konvexität operativ a[illegible] angegangen in der Absicht, die Stauungspapille zu bessern, und
auch aus kosmetische[illegible]chen Gründen. Das Ziel wurde auch teilweise in drei Sitzungen
erreicht; erst in eine[illegible]ner vierten wurde durch temporäre Aufklappung der Orbita der
in derselben sitzende[illegible]de Tumor entfernt, der innig um den *Nervus opticus* gelagert
war. Das Auge wurd[illegible]urde geschont. Merkwürdigerweise erwies sich dieser im Orbital-
trichter gelegene Tum[illegible]umor als maligner Natur. Ein halbes Jahr nach dieser Operation
war die Pat. vollkom[illegible]ommen wohl.

Im dritten Falle handelt es sich um einen 28jährigen Mann, der in seinem 12. Lebensjahre einen Schlag mit dem Stocke in die linke Schläfenseite erhielt und später wiederholt diese Schläfenseite verletzte. Zwei Jahre hierauf begann das linke Auge vorzutreten und die Schläfengegend anzuschwellen. Im Jahre 1898 wurde an der Augenklinik eine Probeinzision gemacht, welche ergab, daß ein ausgedehnter Tumor, der aus Knochenzacken und Bläschen bestand, weit in das Innere des Schädels hineinragte. Pat. konnte sich nicht sofort zu einem radikalen Eingriff entschließen, sondern ließ sich erst 6 Jahre später in die chirurgische Klinik aufnehmen, nachdem inzwischen der Tumor immer größer geworden war und das Auge seine Sehkraft fast vollständig verloren hatte. Die linke Schläfenjochbeingegend und die Stirngegend erwiesen sich von einem knochenharten Tumor eingenommen, der das Auge nach außen und vorwärts verdrängt hatte. Bei der Operation kam man nach Bloßlegung der grobhöckerigen Oberfläche des Tumors in sein Inneres, das sich als eine mannsfaustgroße Höhle, die mit seröser Flüssigkeit gefüllt war, erwies. Zwischen trabekelartigen, nach dem Lumen zu vorspringenden Wülsten und Leisten fanden sich rötliche Geschwulstmassen. Die Innenfläche der Knochenhöhle wurde mit dem scharfen Löffel exakt gereinigt, und nach vorsichtiger Wegnahme eines Teiles der lateralen Orbitalwand wurde der Rest eingeknickt, so daß der Exophthalmus völlig verschwand. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Spindelzellensarkom. Das Wohlbefinden konnte noch $^1/_4$ Jahr nach der Operation konstatiert werden. (Selbstbericht.)

Schloffer (Innsbruck). Zur Frage der Operationen an der Hypophyse.

S. hat, veranlaßt durch zwei klinisch beobachtete Fälle von Hypophysistumoren, die den Gedanken an eine Operation sehr nahegelegt hatten, die einzelnen Fragen näher studiert, die für die Indikationsstellung und Operation bei solchen Fällen in Betracht kommen. Er kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1) Mit Rücksicht darauf, daß Tierversuche, welche die behauptete Entbehrlichkeit der Hypophyse beweisen würden, noch nicht in genügender Zahl vorliegen, ist auch beim Menschen die Totalexstirpation der Hypophyse nicht anzuraten. Hingegen kann vielleicht bei bestimmten Fällen von Hypophysistumoren mit Akromegalie eine partielle Exstirpation des (hypertrophischen?) drüsigen Vorderlappens in Frage kommen.

2) Zur Freilegung der Hypophyse empfiehlt sich zunächst der Weg von vorn nach temporärer Aufklappung der Nase samt der Vorderwand der Stirnhöhle. Noch breiterer Zugang kann durch temporäre Resektion eines oder beider Oberkiefer, sowie durch Entfernung der medialen Wand einer Orbita mit Verdrängung ihres Inhaltes nach außen gewonnen werden. Bei völliger und dauernder Erblindung eines Auges würde durch die Ausräumung der betreffenden Orbita die Zugänglichkeit sich besonders günstig gestalten und Nebenverletzung wohl vermieden werden können. Zur Erleichterung der Operation soll auch die mittels des Röntgenbildes mögliche, genaue Feststellung der Distanz zwischen vorderer Stirnhöhlenwand und vorderer Wand der (oft erweiterten) Sella turcica dienen.

3) Die seit langem bekannte, bei Fällen von Akromegalie mit Hypophysentumoren nicht seltene und durch das Röntgenbild nachweisbare Erweiterung der Sella turcica nach unten begünstigt das operative Eingreifen.

4) Wie schwer eines der vorwiegendsten Bedenken gegen Hypophysenoperationen — die Gefahr einer postoperativen Meningitis — ins Gewicht fällt, würden erst praktische Erfahrungen entscheiden können.

(Demonstration von Leichenschädeln, an denen verschiedene Methoden zur Freilegung der Hypophyse ausgeführt worden waren, und von Skizzen, welche die Erweiterung der Sella turcica in Fällen von Hypophysistumoren nach einzelnen Präparaten aus dem Prager und Wiener pathologisch-anatomischen Institut illustrieren.) (Selbstbericht.)

E. Ranzi. Über einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von v. Mikulicz'scher Krankheit.

R. berichtet über einen Fall, der in der v. Eiselsberg'schen Klinik beobachtet wurde: Eine 57jährige Frau bemerkte seit $2^1/_2$ Jahren das Auftreten von



zwei symmetrischen Tum[illegible]moren in der Gegend der beiden Parotiden. Die anderen Mundspeicheldrüsen und [illegible] Tränendrüsen, sowie lymphatischer Apparat nicht affiziert. Blutbefund normal.

Die Diagnose wurde durch die histologische Untersuchung einer Probeexzision bestätigt. Die Tumoren [illegible] gingen auf Röntgenbestrahlung in kurzer Zeit vollkommen zurück. (Selbstbericht.)

Diskussion: Hofmeister (Stuttgart) beobachtete eine symmetrische Schwellung beider Parotiden und Submaxillardrüsen. Tränendrüsen waren frei. Milz- und Blutbefund normal. Die Exstirpation ergab subfasciale Lipome, z. T. den Drüsen aufliegend, z. T. zwischen die Läppchen eindringend.

Kroiss (Innsbruck) [illegible]k). Zur Pathologie der Speicheldrüsen.

Die Beobachtung u[illegible]nd Untersuchung von sechs Fällen chronischer Submaxillardrüsenentzündung an de[illegible]r Innsbrucker chirurgischen Klinik hat die jüngst von Dal Fabbro ausgesprochen[illegible]e Anschauung bestätigt, daß die Speichelsteinbildung ihre Ursache immer in der Entzündung der Speicheldrüsen hat.

Daher sind Fälle von Speichelsteinen genau so zu behandeln wie die übrigen Fälle chronischer Speicheldrüsenentzündung. Speziell bei Speichelsteinen im Ductus und im Inneren [illegible]n der Submaxillardrüse wird demnach häufiger wie bisher die Exstirpation [illegible]n dieser Drüse indiziert sein.

Schnitte durch ein [illegible]n an der gleichen Klinik durch Operation gewonnenes Ranulapräparat zeigten an einer Stelle deutlich den Übergang vom Gangepithel der Sublingualdrüse in die epitheloide Innenschicht der Ranulawand. Damit erhält die v. Hippel'sche Theorie von der Entstehung der Ranula aus der Sublingualdrüse eine sichere Stütze.

In demselben Präparat war ferner der Ductus submaxillaris zur Bildung der Ranulawand mit herangezogen, woraus die Möglichkeit der Ranulabildung aus diesem Gange, die in letzter Zeit geleugnet wird, zur Evidenz hervorgeht.

Auf Grund dieser Befunde hat man bei der Operation einer Ranula, die wie bisher auf die Exstirpation des Ranulabalges mitsamt der anliegenden Sublingualis ausgeht, eine in der [illegible]r angeführten Weise mit der Ranula zusammenhängende Submaxillardrüse mitzunehmen, da erst die mikroskopische Untersuchung entscheiden kann, ob die Ranula von der sublingualen oder von der submaxillaren Speicheldrüse ihren Ausgang genommen hat. (Selbstbericht.)

Diskussion: v. Eiselsberg (Wien) schließt sich der Aufforderung Kroiss' an, in den Fällen von langdauernder Eiterung aus dem Ductus Whartonianus die Drüse zu exstirpieren.

Hertle (Graz) bemerkt, daß in einzelnen Fällen auch aus den kleineren Drüsengruppen (in den Lippen und der Wange) Retentionscysten entstehen können. In einem Falle war d[illegible]r die taubeneigroße Cyste in der Narbe einer Lippenplastik entstanden. In der Cystenwand fand sich Labialdrüsensubstanz. Den direkten Übergang eines Ausführungsganges in die Cystenwand konnte H. nicht nachweisen. Da die größeren Ausführungsgänge fehlten, spricht der Befund nach H. für die Hippel'sche Anschauung.

Freiherr v. Eiselsberg (Wien). Über schiefen Biß infolge von Arthritis des Unterkieferköpfchens.

v. E. berichtet über nachfolgende zwei Fälle: Im ersten Falle handelt es sich um einen 42jährigen, [illegible]en, im zweiten um einen 21jährigen Mann. Beide boten dasselbe Krankheitsbild dar: Bei vollkommen freier Bewegung des Unterkiefers wich derselbe, sobald die Zahnreihen geschlossen wurden, nach einer Seite ab wie bei einer einseitigen Luxation. In dem Unterkieferköpfchen der anderen Seite war beidemal eine deutliche Verdickung nachweisbar. Ein sicheres ätiologisches Moment konnte in keinem Falle nachgewiesen werden. In beiden Fällen wünschten die Pat. dringend einen operativen Eingriff, der in der Resektion des Köpfchens bestand. Dasselbe erwies sich jedesmal [illegible]al verändert, verdickt und war mit einer Reihe von Auflagerungen versehen. Somit zeigten sich alle Erscheinungen einer chronischen Arthritis. Durch die Operation waren [illegible]en jedesmal sofort normale Verhältnisse hergestellt. — Von In-

teresse ist es, daß in dem einen Falle ein Molarzahn, welcher infolge des schiefen Bisses sein vis-à-vis nicht mehr berührte, so stark gewachsen war, daß nach ausgeführter Resektion derselbe den Schluß der Zahnreihe verhinderte und extrahiert werden mußte. (Selbstbericht.)

v. Hacker (Graz). Mehrjährige Magenfistelernährung bei völligem Narbenverschluß der Speiseröhre (Laugenstriktur, Sondenperforation, operativ ausgeheilte Mediastinitis).

Es wird eine jetzt 42jährige, in der nächsten Umgebung von Meran lebende Frau vorgestellt, welche sich seit mehr als 4½ Jahren ausschließlich und ausreichend durch eine, die ganze Zeit über tadellos schließende Magenfistel (operiert nach v. Hacker-Lucke) ernährt. Über die Vorgeschichte des Falles wurde vom Vortr. z. T. bereits auf dem Chirurgenkongreß 1901 berichtet. Im Anschluß an eine in der Heimat der Pat. ausgeführte Sondierung ihrer Speiseröhrestriktur war eine Perforation im Brustteil derselben — 3 cm unter dem Jugulum — zustande gekommen. Durch die Inzision der Halsphlegmone und die collare Mediastinotomie war es v. H. gelungen, eine völlige Ausheilung des Prozesses zu erzielen. Es blieb jedoch an der Perforationsstelle trotz verschiedener Versuche, die Durchgängigkeit herzustellen, ein völliger Narbenverschluß der Speiseröhre, zu dessen eventueller Beseitigung Pat. sich keiner eingreifenden Operation mehr unterziehen wollte. Von dieser Abschlußstelle werden ösophagoskopische Bilder gezeigt. (Selbstbericht.)

Diskussion: Wilms (Leipzig) erwähnt als Pendant einen Knaben von 8 Jahren, den er vor 7½ Jahren gastrostomierte. Der Knabe entwickelte sich normal, was zeigt, daß auch während der Wachstumsperiode Fistelernährung genügen kann. —

J. Hertle (Graz). Über stumpfe Bauchverletzungen.

Vortr. berichtet über einen Fall von querer Abreißung des Dünndarmes 25 cm von der Flex. duodenojejunal. durch Hufschlag. Der Pat. kam schon 4 Stunden nach dem Trauma zur Operation. Durch tetanische Kontraktur der Darmmuskulatur war gar kein Inhalt, auch kein Gas, in die Bauchhöhle ausgetreten, so daß glatte Heilung ohne Peritonitis eintrat.

Ein zweiter Fall betraf einen Skiläufer, der bei einem Wettspringen platt auf den Bauch auffiel.

Der Pat. sah sehr blaß aus und hatte eine Dämpfung am linken Poupart'schen Band, druckempfindliches, leicht gespanntes Abdomen. Laparotomie, 5 Stunden post trauma, ergibt einen 6 cm langen queren Riß in der Milz. Dieser wird durch tiefgreifende Seidennähte geschlossen, der Bauch bis auf eine kleine Tamponade mittels Vioformgazestreifens geschlossen. Guter Verlauf.

Ein dritter interessanter Fall kam ebenfalls durch Hufschlag zustande. Es bestand das Bild einer sehr schweren Bauchverletzung, bretthart Spannung der Bauchdecken, Erbrechen und heftigste Schmerzen, so daß eine Darmruptur diagnostiziert wurde. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie wurde die vermutete Darmverletzung nicht gefunden, sondern nur ein großes Hämatom am Mesenterium des Dünndarmes. Die Ruptur bestand aber doch! Sie wurde bei der Obduktion im retroperitonealen Teile des Duodenums gefunden, wo eine Phlegmone bestand.

Vortr. rät, beim Bestehen eines Hämatoms am Mesenterium des Dünndarmes oder eines Ödems dortselbst die Ablösung des Duodenums nach Kocher zu machen und gegen den Rücken nach außen von der rechten Niere zu drainieren. Bisher wurde die Verletzung am Lebenden nie aufgefunden, in mehreren Fällen war sie mit intraperitonealer Darmruptur kombiniert.

Außer diesen Fällen wurden in den letzten 8 Jahren an der Grazer Klinik zehn stumpfe Bauchverletzungen operativ behandelt. Vortr. bespricht einige Punkte der Symptomatologie im allgemeinen. Guter Puls soll bei sonst schweren Symptomen nicht zum Zuwarten verleiten, da er oft erst dann schlecht wird, wenn die Peritonitis schon in vollem Gang ist und die Operation zu spät kommt.

Die Spannung der Bauchdecken kommt ebenso bei Darmrupturen wie Rissen in parenchymatösen Organen zustande, aber auch bei großen retroperitonealen



Hämatomen oder einfach
sie im Gegensatz zu Tr
oder Kot bedingt, sonder
Quetschung des Peritone

Diskussion: Len
Hertle erwähnte Tatsach
in der Bauchhöhle Darm
Fälle von Magenschußve
Fällen angefüllt war, ei
Mageninhalt vorfand. L
greifen müssen, ohne etw

Clairmont (Wien)
v. Eiselsberg'schen K
foration möglich war: Fa
nungen. Die am fünften
Peritonitis. Exitus. Aut
zu einer relativen Sten
zustande gekommen, daß
an der Stelle der Steno
die Anfrage, ob in den
bestanden.

Hertle erwidert, d
Verhältnisse nicht vorla
allerdings die Gefahr d
abnormer Fixation des
Duodenalgeschwüren da

Preindlsberger
eines mit Erde verschü
letzungen, die den To
Douglas ein Riß im P
Dünndarmstück eingetr
ähnlichen Fall in Frage

Haim (Wien).
bakteriellen Erreg
Bakteriologische U
des Primar Lotheiss
daß die Epityphlitis ein
Charakter besitzt. Die d
tiden bieten voneinande
bilder dar, welche sich
unterscheiden.

Die Streptokok
viduen, setzt sehr aku
erscheinungen ein und
frühzeitig operiert wird
kommt gewöhnlich zu
häsionen. Die Progno

Die Coliepityp
die lokalen Erscheinu
und Adhäsionen zur F
gangränös, die Progn
Bildung von multiplen

Die Pneumoko
zur diffusen Peritoniti
typhösen Zustandes e
Fibrinnetzes im Blute

—

hen Bauchquetschungen kann sie vorkommen. Vortr. hält
endelenburg u. a. nicht durch den Austritt von Blut
n für den Ausdruck der heftigen Schmerzen durch schwere
eum parietale. (Selbstbericht.)

nzmann (Duisburg) hält für besonders wichtig die von
he, daß bei Abquetschung des Darmes in den ersten Stunden
inhalt nicht vorhanden zu sein braucht. Er erwähnt zwei
verletzungen, in denen sich, obschon der Magen in beiden
eine halbe Stunde nach der Verletzung keine Spur von
L. zieht daraus den Schluß, daß man möglichst früh ein-
wa auf Grund eines guten Pulses zu vertrauensselig zu sein.

) erwähnt einen Fall von subkutaner Darmruptur aus der
Klinik, in dem eine Erklärung für die Entstehung der Per-
all auf den Bauch auf ebener Erde. Peritonitische Erschei-
en Tage vorgenommene Laparotomie ergab eine diffuse eitrige
topsie: Die um das Ileum herumgeschlagene Appendix hatte
nose geführt. Die Perforation war wahrscheinlich dadurch
aß eine durch das Trauma ausgelöste Welle des Darminhaltes
ose auf ein Hindernis gestoßen war. C. richtet an Hertle
beiden Fällen der Grazer Klinik nicht analoge Verhältnisse

daß in dem erwähnten Falle von Duodenalverletzung analoge
lagen. Durch pathologische Zustände im allgemeinen werde
des Platzens des Darmes sehr gesteigert, so z. B. auch bei
Darmes durch Narben. In zwei Fällen Jeannel's gab bei
das Trauma nur den letzten Anstoß zur Perforation. —

r (Sarajevo) demonstriert ein Präparat, das bei der Sektion
hütteten Arbeiters gewonnen wurde. Neben anderen Ver-
od des Verunglückten herbeigeführt hatten, fand sich: im
Peritoneum und im Mastdarm, durch den ein $1/2$ m langes
treten und beim After prolabiert war. P. bespricht die in einem
e kommenden Operationen, wenn der Verletzte am Leben bleibt.
(Selbstbericht.)

Die Epityphlitis in Wechselbeziehung zu ihren
egern.

Untersuchungen an ca. 80 Fällen der chirurgischen Abteilung
issen, sowie Tierversuche haben zu dem Resultat geführt,
eine bakterielle Erkrankung ist, und daß sie einen endemischen
ie durch die verschiedenen Mikroorganismen erzeugten Epityphli-
der verschiedene, ganz selbständige und abgegrenzte Krankheits-
ich in bezug auf Verlauf, Prognose usw. wesentlich voneinander

okkenepityphlitis befällt mit Vorliebe junge, kräftige Indi-
akut gewöhnlich mit einer Angina und schweren Allgemein-
nd führt äußerst rasch zu einer diffusen Peritonitis, wenn nicht
wird. Der Wurmfortsatz ist wenig verändert, nie gangränös, es
zu einer Wandphlegmone oder kleinen Perforation; keine Ad-
gnose ist sehr ernst.

yphlitis ist die gewöhnliche, setzt in der Regel subakut ein,
nungen überwiegen, es kommt durch Bildung von Verklebungen
r Entwicklung von abgesackten Abszessen. Die Appendix wird
gnose ist günstig, nur die vernachlässigten Fälle, wo es zur
len Abszessen gekommen ist, enden gewöhnlich letal.

okkeninfektion setzt stürmisch ein und führt sehr rasch
itis; es bestehen oft zerebrale Symptome, so daß das Bild eines
entsteht. Diagnostisch wichtig ist die starke Vermehrung des
te. Die Prognose ist sehr ernst.

Die Staphylokokkenepityphlitis scheint in Wien selten zu sein. Das Bild ist dem bei der Coliinfektion sehr ähnlich, nur scheint die Prognose noch günstiger zu sein.

Von Mischinfektionen wurde am häufigsten die mit Coli- und Streptokokken beobachtet. Das Bild ist dem der Coliinfektion ähnlich, nur ist der progrediente Charakter mehr ausgesprochen und die Prognose viel ernster. —

Es ist demnach bei jeder Epityphlitis der bakteriologische Befund zu erheben, da demselben ein ausschlaggebender Wert zukommt. (Selbstbericht.)

W. Plönies (Wiesbaden). Über eine weitere Untersuchungsmethode bei der Appendicitis und der Perforationsperitonitis.

In der Einleitung seines Vortrages beschreibt Redner die Untersuchungsmethode der perkutorischen Empfindlichkeit, erläutert die Vorzüge, die sie vor den anderen bekannten Untersuchungsmethoden hat und bedauert, daß diese so einfache Methode so wenig Beachtung gefunden und gerade bei den Erkrankungen der Abdominalorgane nicht ausgeübt werde, bei deren so schwieriger Differentialdiagnose jede Untersuchungsmethode herangezogen werden muß. Besonders gute Dienste hat sie ihm bei der chronischen, latenten, aber auch der akuten Form der Appendicitis geleistet. Solange die Appendix normal ist, oder nur katarrhalische Veränderungen vorliegen, ist nach seinen langjährigen Beobachtungen jede, auch die stärkste Perkussion, die der statt des Plessimeters aufgelegte Finger vertragen kann, für den Pat. ohne jegliche negative Gefühlstöne. Sobald aber stärkere Entzündung der Schleimhaut bezw. geschwürige Läsionen vorliegen, läßt sich bei normaler Lagerung der Appendix in der Appendix-Coecalgegend eine ausgesprochene perkutorische Empfindlichkeit, selbst Schmerzhaftigkeit feststellen, was durch die leicht zugängliche Lage dieses Darmabschnittes noch besonders begünstigt wird. Der Vorzug dieser Untersuchung liegt im Gegensatze zu der Prüfung der Druckempfindlichkeit darin, daß erstens eine viel schärfere Begrenzung des Krankheitsherdes möglich ist, daß ferner das Resultat der Untersuchung nie durch die so häufig hier bestehende reflektorische Muskelspannung verschleiert werden kann, und daß bei einer vorsichtigen Handhabung dieser Methode kein Schaden dem Pat. zugefügt werden kann. Ein solcher Schaden ist namentlich bei der der Perforation nahen Läsion durch die bei der Prüfung der Druckempfindlichkeit ausgeübten Zerrungen und Verschiebungen unvermeidlich. Durch die besonders bei leiser Perkussion scharfe Einengung ist man in der sicheren Lage, die Appendicitis chronica von den oft ähnliche Beschwerden verursachenden Duodenalläsionen, den Erkrankungen des Pankreas, der Nieren u. a. zu unterscheiden. Bei einer dem Ablaufe zuneigenden Appendicitis kann man mit dieser Methode ferner verfolgen, ob derselbe zu einer völligen Heilung oder nur zu einer verhängnisvollen Latenz geführt hat. In ersterem Falle schwindet die perkutorische Empfindlichkeit auch bei stärkster Perkussion völlig, während in letzterem Falle eine perkutorische Empfindlichkeit in einem gewissen Umfange zurückbleibt. Die Feststellung des Mangels jeglicher Empfindlichkeit macht eine Probelaparotomie in allen den Fällen überflüssig, in denen zurückgebliebene Strangadhäsionen ein Weiterbestehen eines appendicitischen Prozesses vortäuschen können und die Beschwerden derselben durch eine geeignete Behandlung nach und nach abblassen und schließlich völlig verschwinden. Bleibt aber trotz aller internen Behandlung eine perkutorische Empfindlichkeit in gewissem Umfange zurück, so kann man, soweit es am Arzte liegt, beizeiten nach genügender Kräftigung des Pat. durch eine rechtzeitige Operation dem Ausbruche eines Rückfalles oder einer schlimmeren Komplikation vorbeugen. Die therapeutische Bedeutung dieser Untersuchungsmethode sei bei der Appendicitis viel wichtiger und vor allen Dingen eindeutiger, als der diagnostische Wert. Weiter bespricht der Vortr. die akute Appendicitis bezw. die bei ihr entstehenden schweren Komplikationen. Hier sei es wichtig, beizeiten eine drohende Perforation oder bereits vorhandene peritonitische Reizungen oder ausgesprochene Peritonitis festzustellen. Alle drei Zustände verraten sich durch eine schmerzhafte Empfindung, die sich bereits auf die allerleiseste, vom Finger des Untersuchers eben noch deutlich wahrnehmbare Perkussion einstellt. Fieber, beschleunigter Puls werden stets daran er-



innern, zunächst nur mit der allerleisesten Perkussion zu untersuchen, um diese schweren Komplikationen richtig zu erkennen, aber auch um eventuelle Läsionen durch diese Untersuchung oder gar durch Palpation, Prüfung der Druckempfindlichkeit zu vermeiden. Durch weitere Beobachtung des genaueren Umfanges der perkutorischen Empfindlichkeit, den man am besten bei jeder Visite mit dem Farbstift oder Solut. Arg. nitr. oder Jodtinktur markiert, ist man ferner in der Lage, genau zu ermitteln, ob eine Peritonitis hinzutritt oder ob der Prozeß zu einer Abkapselung führt. Es ist dies nach Redners Ansicht der kritischste Zeitpunkt in der ganzen Behandlung, da man auf der einen Seite sich hüten muß, durch eine nicht indizierte Operation der Infektion neue Wege zu bahnen, auf der anderen Seite bei einer im Anschluß an die Perforation hinzutretenden Peritonitis nicht früh genug zur Verhütung einer allgemeinen Peritonitis operieren kann. Bleibt der Umfang der perkutorischen Schmerzhaftigkeit bei dem weiteren Verlaufe stationär oder geht er zurück, kann man ruhig zunächst noch von einer Operation abstehen und erst nach erfolgter Abkapselung und nach dem Ablaufe des Fiebers die erst dann nach der Statistik ungefährliche Operation vornehmen. Schiebt sich aber der Umfang der perkutorischen Schmerzhaftigkeit bei leisester Perkussion progredient oder rapid nach der Mittellinie des Leibes, so ist ein sofortiger operativer Eingriff indiziert, namentlich solange noch die übrigen Erscheinungen, wie Puls über 112 bis 120, auffälliges Zurückgehen der Leukocytose u. a. auf die eminente Lebensgefahr aufmerksam machen; auf diese Weise habe man es, soweit es am Arzte liegt, in der Hand, einer diffusen Peritonitis vorzubeugen. Im Anschluß daran bespricht der Vortr. noch die Punkte, die bei der Untersuchung der Perforationsperitonitis in Betracht kommen, um den Ort der Perforation festzustellen. Er betont, daß nur durch eine frühzeitige Untersuchung innerhalb der ersten 8—12 Stunden, selten später, mit dieser Methode es gelinge, die Perforationsstelle zu ermitteln. Wie wichtig sei daher die Kenntnis dieser Methode gerade für den praktischen Arzt, da er als der Erste meist zu entscheiden hat, ob eine Perforationsperitonitis vorliegt und von welchem Organe sie ausgegangen ist und welchen Umfang sie bereits hat, weil er dann in der sicheren Lage ist, durch schleunige Hinzuziehung eines Chirurgen demselben diejenigen Anhaltspunkte zu geben, die für einen erfolgreichen Eingriff unerläßlich sind. Zum Schluß erwähnt er noch die Bedeutung der Methode für den weiteren Verlauf einer Laparotomie, der Verletzungen des Abdomen, ob peritonitische Prozesse etwa hinzutreten oder ob der Heilverlauf völlig ungestört ist. Seine differentialdiagnostischen Ausführungen bei der Appendicitis, die Anwendung dieser Untersuchungsmethode in anderen Gebieten der Chirurgie sind in dem Vortrage: »Die Bedeutung der perkutorischen Empfindlichkeit für die Diagnose und Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Erkrankungen des Abdomen« erörtert, welcher in der Sammlung klinischer Vorträge von **Volkmann** erscheint.

(Selbstbericht.)

Kuhn (Kassel) betont in Fragen der Behandlung der **eitrigen Peritonitis** die Wichtigkeit eines guten Abflusses der Sekrete, und demonstriert die Photographien von **Wendebetten** und **Sturzbetten**. welche eine bequeme und schonende Umbettung der schwer kranken Menschen und eine rasche Verbringung in Bauchlage gestatten. Die Konstruktion der Betten gründet sich auf die Verwendung einfacher, mit Gurten bespannter Rahmen, wie sie Vortr. schon seit Jahren mit großem Vorteil in seiner Klinik verwendet. Die Rahmen, welche einen leichten Transport von Operierten von Bett zu Bett oder von und zum Operationstisch ermöglichen, gestatten auch hier mittels Anwendung einiger Ständer das Wenden und Stürzen der Kranken.

(Selbstbericht.)

S. Goldner (Wien). **Betriebsunfall und Leistenbruch.**

G. hat es versucht, auf Grund des großen Materiales der I. chirurgischen Universitätsklinik in Wien die Frage zu beantworten, wie die Lösung des Problems der Begutachtung des sogenannten traumatischen Leistenbruches auf streng wissenschaftlicher Basis möglich sei. Nur die Operationsbefunde von angeblich traumatischen Leistenbrüchen sind lehrreich für den begutachtenden Arzt. G. weist auf die große Häufigkeit der als Unfallsfolgen angeschuldigten Leistenbrüche und auf

die Notwendigkeit hin, diese Frage vom rein wissenschaftlichen Standpunkte zu beleuchten.

Der im allgemeinen von den praktischen Begutachtern noch häufig beobachtete Vorgang, wonach angeblich traumatische Leistenbrüche ohne weiteres als Unfallsfolgen anerkannt werden, sei lediglich auf eine falsche Humanität zurückzuführen, könnte aber vor einem objektiven wissenschaftlichen Forum die Prüfung nicht bestehen. G. weist nach, daß die meisten seinerzeit von Kaufmann angegebenen wahrscheinlichen Zeichen eines traumatischen Leistenbruches bei der objektiven Begutachtung nicht verwertet werden können. Auf Grund eigener Untersuchungen an 800 Operationsbefunden von Leistenbrüchen fand G., daß es weitaus mehr kongenital veranlagte Leistenbrüche gibt, als wir mit Hilfe der uns gegenwärtig bekannten Merkmale diagnostizieren können. G. fand bei den Radikaloperationen von 88 der Anamnese nach traumatisch entstandenen Leistenbrüchen in 62 Fällen anatomische Befunde, die mit Sicherheit das kongenitale Leiden ergaben; in keinem Falle bot aber der Operationsbefund einen Anhaltspunkt für die traumatische Genese, trotzdem die Operationen sehr bald nach dem erlittenen »Unfall« ausgeführt wurden. G. gibt eine präzise Definition des echten traumatischen Leistenbruches. Es müßte ein schweres Trauma direkt oder indirekt auf die Leistengegend eingewirkt, die Leistenpfeiler eventuell bei intakter Bauchhaut zerrissen und dadurch vielleicht auch den Austritt von Eingeweiden bewirkt haben, so daß also ein Bruch in allen Stücken durch das Trauma gebildet wird.

Unter den vielen Tausenden von Leistenbruchoperationen gab es nur ganz vereinzelte Beobachtungen von echtem traumatischen Leistenbruch.

Eine einheitliche Begutachtung des sogenannten traumatischen Leistenbruches sei unter Berücksichtig folgender Tatsachen möglich.

1) Der Leistenbruch bildet in den allermeisten Fällen eine kongenitale Anlage (angeborener Leistenbruch).

2) Er stellt bei älteren Individuen durch langsam zunehmendes Schwächerwerden der Muskulatur im allgemeinen und der Bruchpforten im besonderen eine Berufskrankheit, eine erworbene Anlage dar (allmählich erworbener Leistenbruch).

3) Nur in ganz exzeptionellen Fällen mag es einmal zur Entstehung jener Art von Leistenbrüchen kommen, die, durch ein evidentes direktes Trauma hervorgerufen, sich eigentlich als Verletzungen der Bauchwand präsentieren und danach einzuschätzen sind (traumatischer Leistenbruch). (Selbstbericht.)

Diskussion: Riedinger (Würzburg) erinnert daran, daß anläßlich der Behandlung der Bruchfrage auf dem internationalen Kongreß zu Lüttich die Entstehung der traumatischen Hernie (mit Ausnahme der Hernie de force) bezweifelt wurde. Nur ein Redner war in der Lage, allein 4 Fälle von Hernie durch Zerreißung der Bauchwand neben dem intakten Leistenkanal durch Operation unmittelbar nach der Verletzung konstatieren zu können.

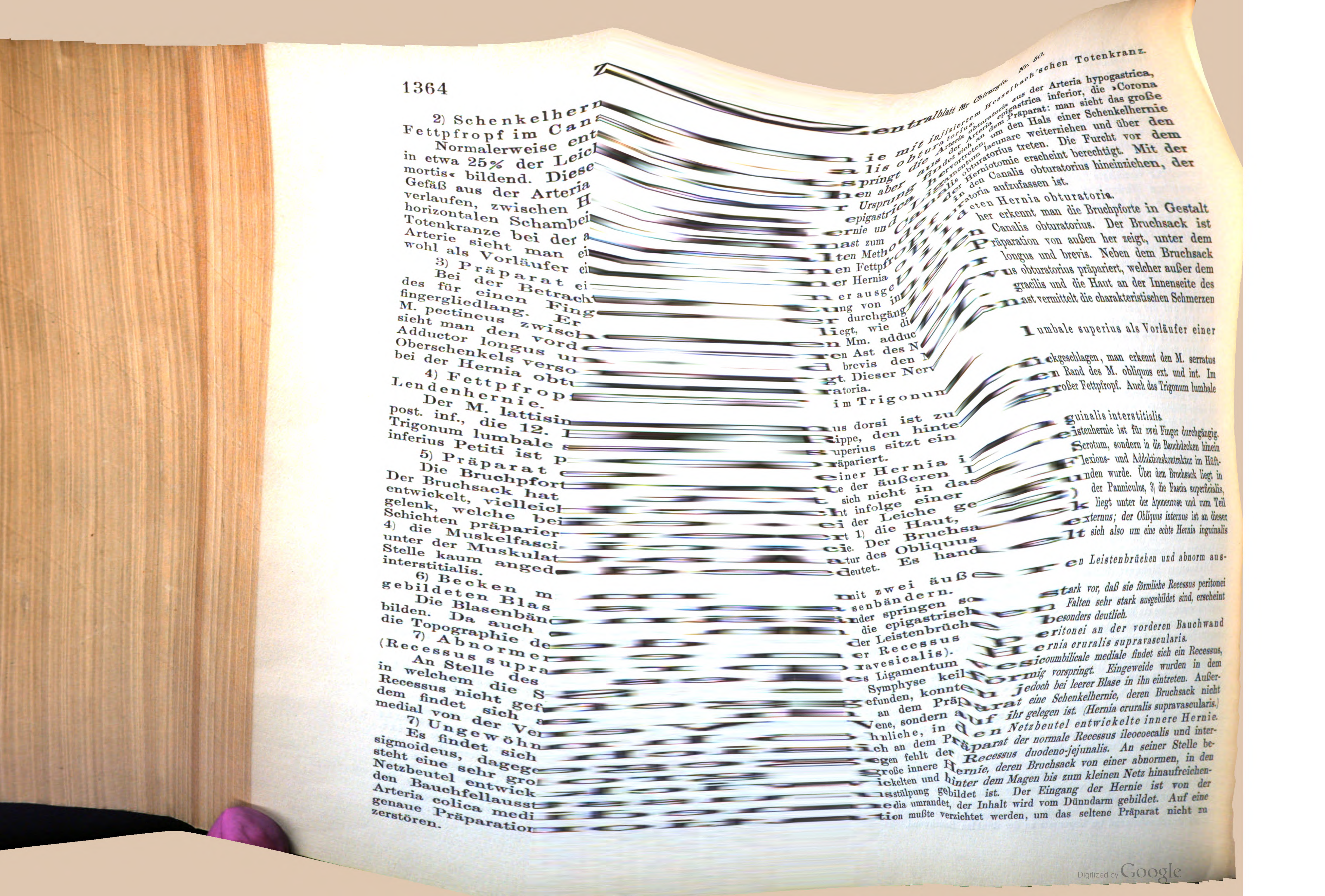
H. Küttner (Marburg). Demonstration seltener Hernienpräparate

Die Präparate entstammen der Sammlung des Marburger anatomischen Instituts (Geheimrat Prof. Dr. Gasser).

1) Becken mit zwei Schenkelbrüchen und einer Leistenhernie an welchem die Bedeutung des Fettpfropfes und des Locus minoris resistentiae für die Entstehung der Hernien deutlich zutage tritt.

Ein Fettpfropf liegt im rechten Annulus inguinalis cutaneus, er hat eine innere Leistenhernie nachgezogen. Einen weiteren Fettpfropf sieht man in der linken Fossa ovalis, ihm ist eine linksseitige Hernie gefolgt. Auch rechts findet sich eine Schenkelhernie, welche von der gleichseitigen Inguinalhernie durch das Leistenband sehr scharf getrennt ist. Hält man das Formolpräparat gegen das Licht, so tritt der Locus minoris resistentiae klar hervor, sämtliche Bruchpforten sind durchscheinend im Gegensatz zu der dunklen Bauchwand.





2) Schenkelher[illegible]ie mit injiziertem Hesselbach'schen Totenkranz. Fettpfropf im Can[illegible]alis obturatorius.

Normalerweise ent[illegible]springt die Arteria obturatoria aus der Arteria hypogastrica, in etwa 25% der Leich[illegible]en aber findet sich als Ursprung die Arteria epigastrica inferior, die »Corona mortis« bildend. Diese[illegible]r Ursprung findet sich an dem Präparat: man sieht das große Gefäß aus der Arteria epigastrica hervortreten, um den Hals einer Schenkelhernie verlaufen, zwischen H[illegible]ernie und Ligamentum lacunare weiterziehen und über den horizontalen Schambei[illegible]nast zum Canalis obturatorius treten. Die Furcht vor dem Totenkranze bei der a[illegible]lten Methode der Herniotomie erscheint berechtigt. Mit der Arterie sieht man ei[illegible]en Fettpfropf in den Canalis obturatorius hineinziehen, der wohl als Vorläufer ei[illegible]ner Hernia obturatoria aufzufassen ist.

3) Präparat ei[illegible]ner ausgebildeten Hernia obturatoria.

Bei der Betracht[illegible]ung von innen her erkennt man die Bruchpforte in Gestalt des für einen Fing[illegible]er durchgängigen Canalis obturatorius. Der Bruchsack ist fingergliedlang. Er liegt, wie die Präparation von außen her zeigt, unter dem M. pectineus zwisch[illegible]en Mm. adductor longus und brevis. Neben dem Bruchsack sieht man den vord[illegible]eren Ast des Nervus obturatorius präpariert, welcher außer dem Adductor longus u[illegible]nd brevis den M. gracilis und die Haut an der Innenseite des Oberschenkels verso[illegible]rgt. Dieser Nervenast vermittelt die charakteristischen Schmerzen bei der Hernia obtu[illegible]ratoria.

4) Fettpfrop[illegible] im Trigonum lumbale superius als Vorläufer einer Lendenhernie.

Der M. lattisim[illegible]us dorsi ist zurückgeschlagen, man erkennt den M. serratus post. inf., die 12. [illegible] Rippe, den hinteren Rand des M. obliquus ext. und int. Im Trigonum lumbale [illegible] superius sitzt ein großer Fettpfropf. Auch das Trigonum lumbale inferius Petiti ist p[illegible]räpariert.

5) Präparat e[illegible]iner Hernia inguinalis interstitialis.

Die Bruchpfort[illegible]e der äußeren Leistenhernie ist für zwei Finger durchgängig. Der Bruchsack hat [illegible] sich nicht in das Scrotum, sondern in die Bauchdecken hinein entwickelt, vielleich[illegible]t infolge einer Flexions- und Adduktionskontraktur im Hüftgelenk, welche bei [illegible] der Leiche gefunden wurde. Über dem Bruchsack liegt in Schichten präparier[illegible]t 1) die Haut, 2) der Panniculus, 3) die Fascia superficialis, 4) die Muskelfasci[illegible]e. Der Bruchsack liegt unter der Aponeurose und zum Teil unter der Muskulat[illegible]ur des Obliquus externus; der Obliquus internus ist an dieser Stelle kaum anged[illegible]eutet. Es handelt sich also um eine echte Hernia inguinalis interstitialis.

6) Becken m[illegible]it zwei äußeren Leistenbrüchen und abnorm ausgebildeten Blas[illegible]senbändern.

Die Blasenbän[illegible]der springen so stark vor, daß sie förmliche Recessus peritonei bilden. Da auch [illegible] die epigastrischen Falten sehr stark ausgebildet sind, erscheint die Topographie d[illegible]er Leistenbrüche besonders deutlich.

7) Abnorme[illegible]r Recessus peritonei an der vorderen Bauchwand (Recessus supra[illegible]vesicalis). Hernia cruralis supravascularis.

An Stelle des [illegible] Ligamentum vesicoumbilicale mediale findet sich ein Recessus, in welchem die S[illegible]ymphyse keilförmig vorspringt. Eingeweide wurden in dem Recessus nicht gef[illegible]unden, konnten jedoch bei leerer Blase in ihn eintreten. Außerdem findet sich [illegible] an dem Präparat eine Schenkelhernie, deren Bruchsack nicht medial von der Ve[illegible]ne, sondern auf ihr gelegen ist. (Hernia cruralis supravascularis.)

7) Ungewöhn[illegible]liche, in den Netzbeutel entwickelte innere Hernie.

Es findet sich [illegible] an dem Präparat der normale Recessus ileocoecalis und intersigmoideus, dagege[illegible]n fehlt der Recessus duodeno-jejunalis. An seiner Stelle besteht eine sehr gro[illegible]ße innere Hernie, deren Bruchsack von einer abnormen, in den Netzbeutel entwick[illegible]elten und hinter dem Magen bis zum kleinen Netz hinaufreichenden Bauchfellausst[illegible]ülpung gebildet ist. Der Eingang der Hernie ist von der Arteria colica medi[illegible]a umrandet, der Inhalt wird vom Dünndarm gebildet. Auf eine genaue Präparation [illegible] mußte verzichtet werden, um das seltene Präparat nicht zu zerstören.

9) Defekt im Zwerchfell mit Prolaps der Eingeweide (falsche Zwerchfellhernie.

Das Präparat stammt von einem männlichen Kinde, welches 8 Tage gelebt hat. Der Defekt im Zwerchfell findet sich links hinten. In der Bauchhöhle liegt nur die Leber, der Magen, ein Teil des Duodenum, der untere Abschnitt des Dickdarms und die rechte Niere. Alle anderen Intestina finden sich ohne Bruchsack frei in der linken Pleurahöhle. Die Lunge liegt stark komprimiert hinter den Eingeweiden, die übrigen Brustorgane sind normal, nur etwas nach rechts verlagert.

10) Wahre Zwerchfellhernie.

Das sehr seltene Präparat entstammt einem weiblichen Kinde, welches nur einige Stunden gelebt hat. Die Hernie ragt als hühnereigroße Geschwulst in die linke Pleurahöhle vor, sie dokumentiert ihre Herniennatur durch das Vorhandensein des Peritoneums als Bruchsack und der Zwerchfellsubstanz und Pleura als Bruchhüllen. In der Hernie liegt die Milz, der Fundus des Magens und der eigentümlich abgeschnürte und nach oben verlagerte linke Leberlappen. Als Ursache der Verbildung ist eine große Cyste an der Unterfläche der Leber anzusehen, welche als der kongenital enorm erweiterte Ductus choledochus aufgefaßt werden muß. Das an einem Mesenterium commune aufgehängte Coecum liegt in der linken Bauchseite, weil die große Cyste die normale Wanderung des Dickdarms von der linken in die rechte Körperhälfte verhindert hat. (Selbstbericht.)

A. Brenner (Linz). Über die Radikaloperation der Leistenhernien.

B. berichtet über ca. 2000 Operationsakte, welche er wegen Leistenhernien an 1088 Männern und 108 Frauen vorgenommen hat; er hat in allen Fällen die von ihm im Zentralblatt für Chirurgie 1898 Nr. 41 beschriebene Abänderung der Bassini'schen Operationsmethode angewendet, die in der Verwertung des M. cremaster zur Bildung der hinteren Wand des Leistenkanales besteht.

Die Sterblichkeit betrug 11 auf 1188 Kranke = 0,9%, wenn man alle Todesfälle und auch die bei Inkarzeration in Rechnung zieht, 0% wenn man die inkarzerierten Hernien und Todesfälle außer Rechnung stellt, die nicht auf Wundinfektion zurückzuführen sind.

Als Operationsergebnisse betrachtet B. zunächst den Einblick in die Beziehungen der Hernien zum Descensus testiculi und Proc. vaginalis und weist alle Übergänge vom offenen Proc. vaginalis zu den normalen Verhältnissen des Leistenkanales nach.

Eine besondere Bedeutung haben die sehnigen Ringe im Bruchsacke, die zumeist an typischen Stellen, am Übergange des Proc. vaginalis zum Bauchraume und über dem Hoden vorkommen und häufiger als man annimmt, die Ursache der Brucheinklemmung sind. Die größere Häufigkeit der Hernien rechts ist auch aus B.'s Statistik zu entnehmen.

Von den 1080 Männern wurden 889 beiderseits operiert, und war 520mal auch auf der anderen Seite ein Bruchsack (also in 58%); bei den 369, welche nur auf einer Seite einen Bruchsack hatten, war dieser 236mal rechts und nur 133mal links. Von den 108 Frauen wurden 87 beiderseits operiert, und war 44mal, also in 50%, auch auf der 2. Seite ein Bruchsack vorhanden — bei den 43 Frauen mit nur einseitigem Bruchsacke war dieser 28mal rechts und nur 15mal links.

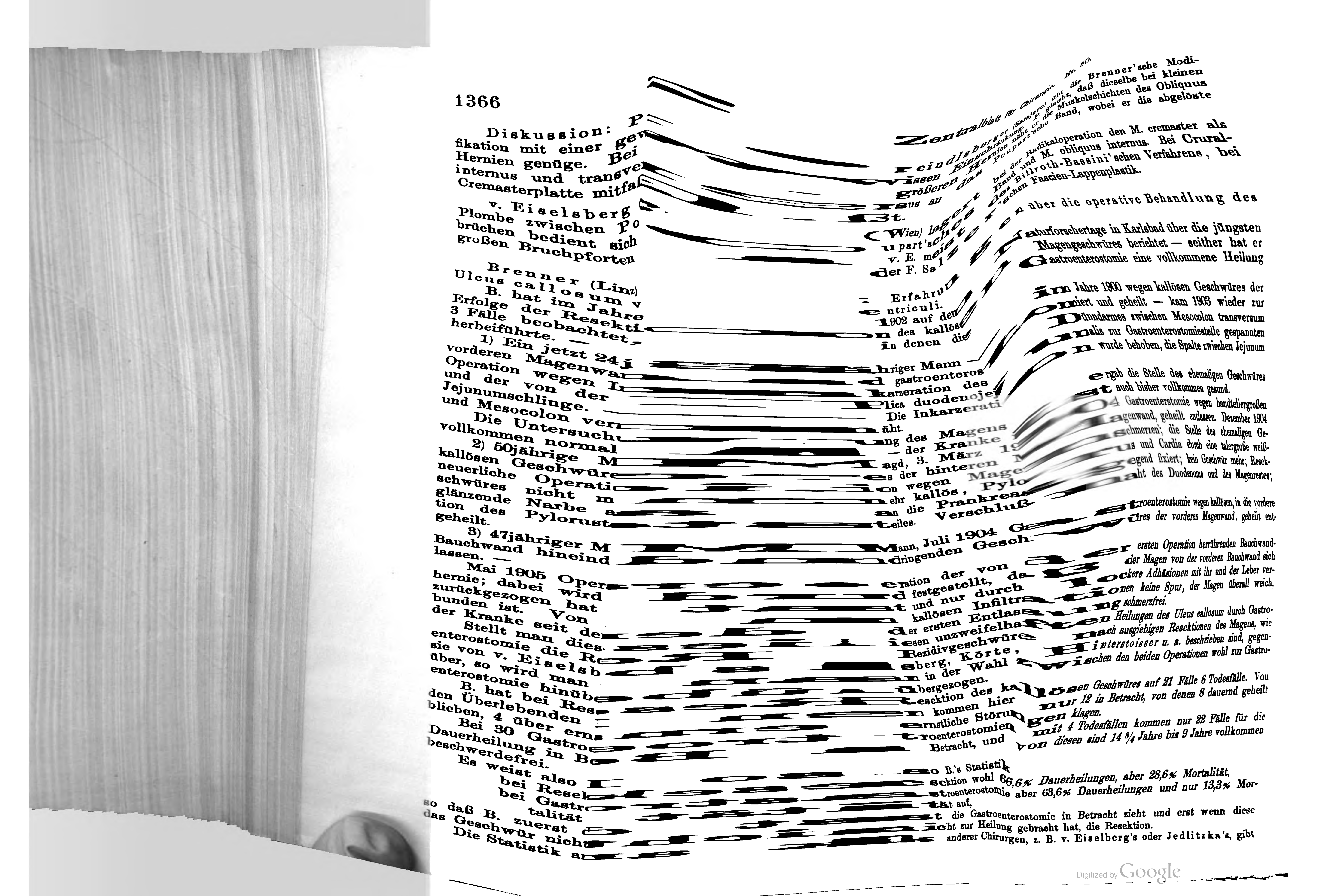
Bezüglich der Dauerheilung hat sich B. nach den Anforderungen Pott's gerichtet und aus jenen Operationen als Bruchoperationen angenommen, wo ein wenn auch kleiner Bruchsack entfernt wurde.

Dadurch stellt sich die Zahl der Radikaloperationen
bei Männern auf 991 mit 910 Dauerheilungen = 91,8%,
bei Frauen auf 82 mit 78 Dauerheilungen = 95%,
zusammen also 1073 Radikaloperationen mit 988 Dauerheilungen = 92%.

Von den unbefriedigenden Resultaten wiesen nur 49 Männer und 1 Frau ein wirkliches Rezidiv des Bruches auf = 46%. Der Dauererfolg stellt sich nach dieser Statistik zwischen Kocher mit 92,5% und Bassini mit 90,1%.

(Selbstbericht.)





Diskussion: P... (Sarajevo) gibt die Brenner'sche Modi-
fikation mit einer gew... Einschränkung. F. glaubt, daß dieselbe bei kleinen
Hernien genüge. Bei ... größeren Hernien näht er die Muskelschichten des Obliquus
internus und transve... an das Poupart'sche Band, wobei er die abgelöste
Cremasterplatte mitfa...

v. Eiselsberg ... (Wien) lagert bei der Radikaloperation den M. cremaster als
Plombe zwischen Po... upart'sches Band und M. obliquus internus. Bei Crural-
brüchen bedient sich ... v. E. meist des Billroth-Bassini'schen Verfahrens, bei
großen Bruchpforten ... der F. Salzer'schen Fascien-Lappenplastik.

Brenner (Linz) ... über die operative Behandlung des
Ulcus callosum v... ntriculi.

B. hat im Jahre 1902 auf der ... Naturforschertage in Karlsbad über die jüngsten
Erfolge der Resekti... des kallösen Magengeschwüres berichtet — seither hat er
3 Fälle beobachtet, in denen die Gastroenterostomie eine vollkommene Heilung
herbeiführte. —

1) Ein jetzt 24j... hriger Mann ... im Jahre 1900 wegen kallösen Geschwüres der
vorderen Magenwa... d gastroenteros... miert und geheilt — kam 1903 wieder zur
Operation wegen I... nkarzeration des Dünndarmes zwischen Mesocolon transversum
und der von der ... Plica duodenojejunalis zur Gastroenterostomiestelle gespannten
Jejunumschlinge. ... Die Inkarzeration wurde behoben, die Spalte zwischen Jejunum
und Mesocolon ver... äht.

Die Untersuchu... ng des Magens ergab die Stelle des ehemaligen Geschwüres
vollkommen normal ... — der Kranke ist auch bisher vollkommen gesund.

2) 50jährige M... agd, 3. März 19 04 Gastroenterstomie wegen handtellergroßen
kallösen Geschwüre... s der hinteren Magenwand, geheilt entlassen. Dezember 1904
neuerliche Operati... on wegen Magenschmerzen; die Stelle des ehemaligen Ge-
schwüres nicht m... ehr kallös, Pylorus und Cardia durch eine talergroße weiß-
glänzende Narbe a... n die Pankreasgegend fixiert; kein Geschwür mehr; Resek-
tion des Pylorust... eiles. Verschluß ... des Duodenums und des Magenrestes;
geheilt.

3) 47jähriger M... ann, Juli 1904 Gastroenterostomie wegen kallösen, in die vordere
Bauchwand hineind... ringenden Geschwüres der vorderen Magenwand, geheilt ent-
lassen. —

Mai 1905 Oper... ation der von der ersten Operation herrührenden Bauchwand-
hernie; dabei wird ... festgestellt, daß der Magen von der vorderen Bauchwand sich
zurückgezogen hat ... und nur durch lockere Adhäsionen mit ihr und der Leber ver-
bunden ist. Von ... kallösen Infiltrationen keine Spur, der Magen überall weich,
der Kranke seit de... er ersten Entlassung schmerzfrei.

Stellt man dies... esen unzweifelhaften Heilungen des Ulcus callosum durch Gastro-
enterostomie die Re... zidivgeschwüre nach ausgiebigen Resektionen des Magens, wie
sie von v. Eiselsb... erg, Körte, Hinterstoisser u. a. beschrieben sind, gegen-
über, so wird man ... in der Wahl zwischen den beiden Operationen wohl zur Gastro-
enterostomie hinübe... rgezogen.

B. hat bei Res... ektion des kallösen Geschwüres auf 21 Fälle 6 Todesfälle. Von
den Überlebenden ... kommen hier nur 12 in Betracht, von denen 8 dauernd geheilt
blieben, 4 über erns... tliche Störungen klagen.

Bei 30 Gastro... enterostomien mit 4 Todesfällen kommen nur 22 Fälle für die
Dauerheilung in Be... tracht, und von diesen sind 14 3/4 Jahre bis 9 Jahre vollkommen
beschwerdefrei.

Es weist also ... B.'s Statistik
bei Resek... tion wohl 66,6% Dauerheilungen, aber 28,6% Mortalität,
bei Gastro... enterostomie aber 63,6% Dauerheilungen und nur 13,3% Mor-
talität ... auf,
so daß B. zuerst ... die Gastroenterostomie in Betracht zieht und erst wenn diese
das Geschwür nicht ... zur Heilung gebracht hat, die Resektion.

Die Statistik a... nderer Chirurgen, z. B. v. Eiselsberg's oder Jedlitzka's, gibt

keine Klärung der Fragen, auch nicht die Sammelstatistik von Warnecke, weil die Zahl der länger beobachteten Fälle derzeit noch viel zu klein ist.

So erwähnt Warnecke, daß von 398 Gastroenterostomierten nur 69, und von 100 resezierten nur 20 länger als $1^1/_2$ Jahr beobachtet wurden.

Diskussion: Schloffer (Innsbruck) verfügt unter 58 Operationen, die wegen Erkrankung des Magens an der Innsbrucker Klinik seit November 1903 vorgenommen wurden, über 20 Gastroenterostomien und 1 Resektion wegen gutartiger Erkrankungen. Mit 24 Gastroenterostomien und 1 Resektion, die er an der Wölfler'schen Klinik ausführte, ergibt dies 44 Gastroenterostomien und 2 Resektionen wegen gutartiger Magenerkrankungen. Kein Todesfall. In 2 Resektionsfällen kam es 12 resp. 24 Stunden nach der Operation zu schwerstem Herzkollaps und Ansteigen des Pulses bis zur Unzählbarkeit, wofür S., da, wie der spätere Verlauf zeigte, Nachblutung oder andere vom Operationsterrain ausgehende Störungen auszuschließen waren, einfach die Größe und die Art des Eingriffes verantwortlich macht. Da die Resektion ein ungleich schwererer Eingriff sei als die Gastroenterostomie, so dürfte sie beim Ulcus ventriculi nur dann häufiger in Anwendung gebracht werden, wenn die mit Gastroenterostomie erzielten Erfolge wesentlich ungünstiger wären; dies sei aber nicht der Fall.

S. verfügt über mindestens 5 Fälle von Ulcus callosum, welche durch Gastroenterostomie vollständig zur Ausheilung kamen. Von 20 Fällen der Innsbrucker Klinik gaben 14 Auskunft über ihr jetziges Befinden. Nur in einem Falle war der Zustand des Pat. durch die Operation nicht gebessert. Im übrigen lauteten die Berichte durchweg günstig. S. betrachtet die Gastroenterostomie als eine Operation, die beim Ulcus pylori recht günstige Ergebnisse schaffe. Nur wenn nach erfolgloser Gastroenterostomie bei einer zweiten Laparotomie ein tastbares Ulcus nachweisbar sei, komme die Resektion in Betracht.

Steinthal (Stuttgart) hielt bis vor kurzem die Gastroenterostomie bei Ulcus als die Operation der Wahl. Vor einiger Zeit aber erlebte er 8 Tage nach der Operation eine tödliche Magenblutung bei einem Fall von perforiertem Ulcus, das bei der Operation übernäht worden war. Er erinnert daran, daß mit und ohne Gastroenterostomie 5% der Fälle an Blutung zugrunde gehen. Die Frage, ob die Resektion für solche Fälle, in denen sie sich technisch leicht ausführen läßt, nicht wieder mehr in den Vordergrund treten soll, will er ausgedehnteren Erfahrungen überlassen.

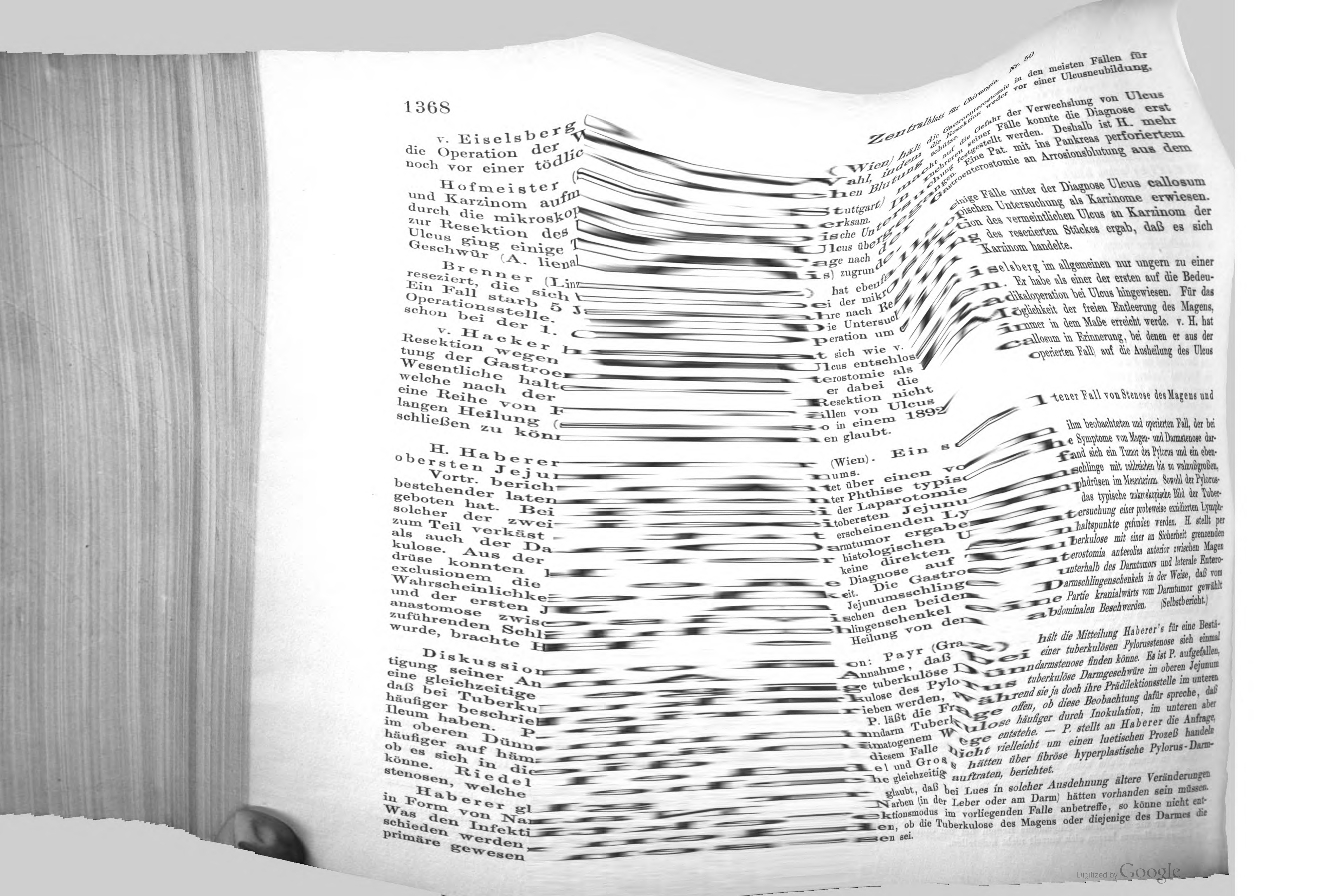
Payr (Graz) reseziert wieder häufiger, besonders bei ins Pankreas vordringenden Geschwüren. Er verfügt über 2 Fälle von Resektion von Ulcus callosum aus älterer, über 5 aus neuerer Zeit. 6 Pat. sind geheilt. Aus diesem Materiale greift er folgende zwei Erfahrungen als besonders erwähnenswert heraus:

1) Gastroenterostomie bei einem älteren Manne mit seit Jahren bestehendem Ulcus callosum, welches, wie bei Anlegung eines Schnittes an der vorderen Magenwand konstatiert wurde, tief ins Pankreasgewebe vordrang. Die Gastroenterostomie beseitigte die infolge von narbiger Pylorusstenose bestehende Gastrektasie, nicht jedoch die starken Schmerzen. Bei der $3^1/_2$ Monate später vorgenommenen Relaparotomie fand man das Ulcus unverändert. Resektion und Exstirpation desselben aus dem Pankreas mit dem Paquelin. Tod nach 12 Tagen an Herzkollaps.

2) 28jährige Frau. Exzision eines Ulcus weit im Gesunden. Bei einer $4^1/_2$ Monate später wegen Wiederkehr der Ulcusbeschwerden vorgenommenen Relaparotomie findet sich ein neues, tief ins Pankreas eingewuchertes Ulcus callosum. Ausgedehnte segmentäre zirkuläre Resektion. Glatte Heilung.

Also in einem Falle keine Beeinflussung des Ulcus durch die Gastroenterostomie, im anderen rasches Rezidivieren eines radikal exzidierten Ulcus an anderer Stelle.

Durch Inzision der vorderen Magenwand sucht P. sich oft über Vorhandensein und Sitz des Ulcus Aufschluß zu verschaffen. Bei Eindringen des Ulcus ins Pankreas empfiehlt er die Resektion. Allgemeine Regeln bei der chirurgischen Behandlung des Ulcus callosum lassen sich zurzeit nicht aufstellen.



v. Eiselsberg (Wien) hält die Gastroenterostomie in den meisten Fällen für die Operation der Wahl, indem er schätzt, die Resektion weder vor einer Ulcusneubildung, noch vor einer tödlichen Blutung schütze.

Hofmeister (Stuttgart) macht auf die Gefahr der Verwechslung von Ulcus und Karzinom aufmerksam. In mehreren seiner Fälle konnte die Diagnose erst durch die mikroskopische Untersuchung festgestellt werden. Deshalb ist H. mehr zur Resektion des Ulcus übergegangen. Eine Pat. mit ins Pankreas perforiertem Ulcus ging einige Tage nach der Gastroenterostomie an Arrosionsblutung aus dem Geschwür (A. lienalis) zugrunde.

Brenner (Linz) hat ebenfalls einige Fälle unter der Diagnose Ulcus callosum reseziert, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Karzinome erwiesen. Ein Fall starb 5 Jahre nach Resektion des vermeintlichen Ulcus an Karzinom der Operationsstelle. Die Untersuchung des resezierten Stückes ergab, daß es sich schon bei der 1. Operation um ein Karzinom handelte.

v. Hacker bekennt sich wie v. Eiselsberg im allgemeinen nur ungern zu einer Resektion wegen Ulcus entschlossen. Er habe als einer der ersten auf die Bedeutung der Gastroenterostomie als Radikaloperation bei Ulcus hingewiesen. Für das Wesentliche halte er dabei die Möglichkeit der freien Entleerung des Magens, welche nach der Resektion nicht immer in dem Maße erreicht werde. v. H. hat eine Reihe von Fällen von Ulcus callosum in Erinnerung, bei denen er aus der langen Heilung (so in einem 1892 operierten Fall) auf die Ausheilung des Ulcus schließen zu können glaubt.

H. Haberer (Wien). Ein seltener Fall von Stenose des Magens und obersten Jejunums.

Vortr. berichtet über einen von ihm beobachteten und operierten Fall, der bei bestehender latenter Phthise typische Symptome von Magen- und Darmstenose dargeboten hat. Bei der Laparotomie fand sich ein Tumor des Pylorus und ein ebensolcher der zweitobersten Jejunumschlinge mit zahlreichen bis zu walnußgroßen, zum Teil verkäst erscheinenden Lymphdrüsen im Mesenterium. Sowohl der Pylorus- als auch der Darmtumor ergaben das typische makroskopische Bild der Tuberkulose. Aus der histologischen Untersuchung einer probeweise exzidierten Lymphdrüse konnten keine direkten Anhaltspunkte gefunden werden. H. stellt per exclusionem die Diagnose auf Tuberkulose mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit. Die Gastroenterostomia anteocolica anterior zwischen Magen und der ersten Jejunumsschlinge unterhalb des Darmtumors und laterale Enteroanastomose zwischen den beiden Darmschlingenschenkeln in der Weise, daß vom zuführenden Schlingenschenkel eine Partie kranialwärts vom Darmtumor gewählt wurde, brachte Heilung von den abdominalen Beschwerden. (Selbstbericht.)

Diskussion: Payr (Graz) hält die Mitteilung Haberer's für eine Bestätigung seiner Annahme, daß bei einer tuberkulösen Pylorusstenose sich einmal eine gleichzeitige tuberkulöse Dünndarmstenose finden könne. Es ist P. aufgefallen, daß bei Tuberkulose des Pylorus tuberkulöse Darmgeschwüre im oberen Jejunum häufiger beschrieben werden, während sie ja doch ihre Prädilektionsstelle im unteren Ileum haben. P. läßt die Frage offen, ob diese Beobachtung dafür spreche, daß im oberen Dünndarm Tuberkulose häufiger durch Inokulation, im unteren aber häufiger auf hämatogenem Wege entstehe. — P. stellt an Haberer die Anfrage, ob es sich in diesem Falle nicht vielleicht um einen luetischen Prozeß handeln könne. Riedel hätte über fibröse hyperplastische Pylorus-Darmstenosen, welche gleichzeitig auftraten, berichtet.

Haberer glaubt, daß bei Lues in solcher Ausdehnung ältere Veränderungen in Form von Narben (in der Leber oder am Darm) hätten vorhanden sein müssen. Was den Infektionsmodus im vorliegenden Falle anbetreffe, so könne nicht entschieden werden, ob die Tuberkulose des Magens oder diejenige des Darmes die primäre gewesen sei.

Wilms (Leipzig). Die beim postoperativen Ileus wirksamen mechanischen Momente.

Zur genaueren Analyse der verschiedenen Formen des postoperativen Ileus muß der frühoperative Ileus getrennt werden in Lähmungs- und mechanischen Ileus. Ein echter Lähmungsileus kann aber nur eintreten bei ausgedehnter Darmlähmung. Lähmungen von kürzeren Darmstrecken können, entgegen der allgemein verbreiteten Meinung, kein mechanisches Hindernis sein 1) weil bei Darmsarkomen, die durch Infiltrierung die Darmwand lähmen, kein Ileus auftritt; 2) weil die Peristaltik selbst bei Gegenschaltung des Darmes den Darminhalt noch durchtreibt. Es muß also zur Lähmung von Darmstrecken noch Knickung, Zerrung oder Drehung hinzutreten, meist mit Ventilverschluß. Die Art des Ventilverschlusses wird an Zeichnungen demonstriert. Die Kenntnis dieser mechanischen Momente ist für die Therapie, besonders für die Tatsache von großer Bedeutung, daß einfache Enterostomie auch solche mechanische Ileusfälle dauernd zu heilen vermag.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Hofmeister (Stuttgart) pflichtet der Wilms'schen Auffassung bei und führt zu deren Gunsten fünf eigene Fälle von postoperativem Ileus an; in 3 Fällen genügte die einfache Enterostomie zur Wiederherstellung der Durchgängigkeit. In einem Falle von postoperativem mechanischem Ileus fand H. an der Stelle der Knickung einen Ventilverschluß, wie er von Wilms beschrieben wurde.

H. Küttner (Marburg). Demonstration seltener Achsendrehungen.

1) Präparat einer Netztorsion, in der Wohnung des akut erkrankten und durch die Operation auch von chronischen Magenbeschwerden befreiten Patienten durch Laparotomie gewonnen. An dem Präparat erkennt man eine Drehung um 360° in einer dem Uhrzeiger entgegengesetzten Richtung, eine weitere ganz frische Torsion um 360° wurde bei der Operation zurückgedreht. K.'s Schüler Pretzsch konnte 42 Fälle von Netztorsion aus der Literatur zusammenstellen. Fast immer sind es, wie auch im vorliegenden Falle, sehr schwere und fettreiche Netze, welche der Drehung verfallen. Männer erkranken sehr viel häufiger als Frauen, die überwiegende Mehrzahl der Patienten stand zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre. Ätiologisch kommen hauptsächlich Hernien in Betracht; das oben am Magen und unten im Bruchsack fixierte Netz wird dann durch Taxisversuche, Hustenstöße oder, wie bei unserem Patienten, durch Tanzen, durch Kegeln und ähnliche brüske Körperbewegungen in Drehung versetzt. Die Symptome der Torsion sind meist recht stürmische, die Diagnose wird fast nie gestellt. Die Prognose ist nicht ungünstig, obwohl Todesfälle durch Peritonitis und embolische Ulzerationen am Magen und Darm vorgekommen sind. Die Behandlung besteht in Abtragung der torquierten Partien, event. in Totalexstirpation des Netzes.

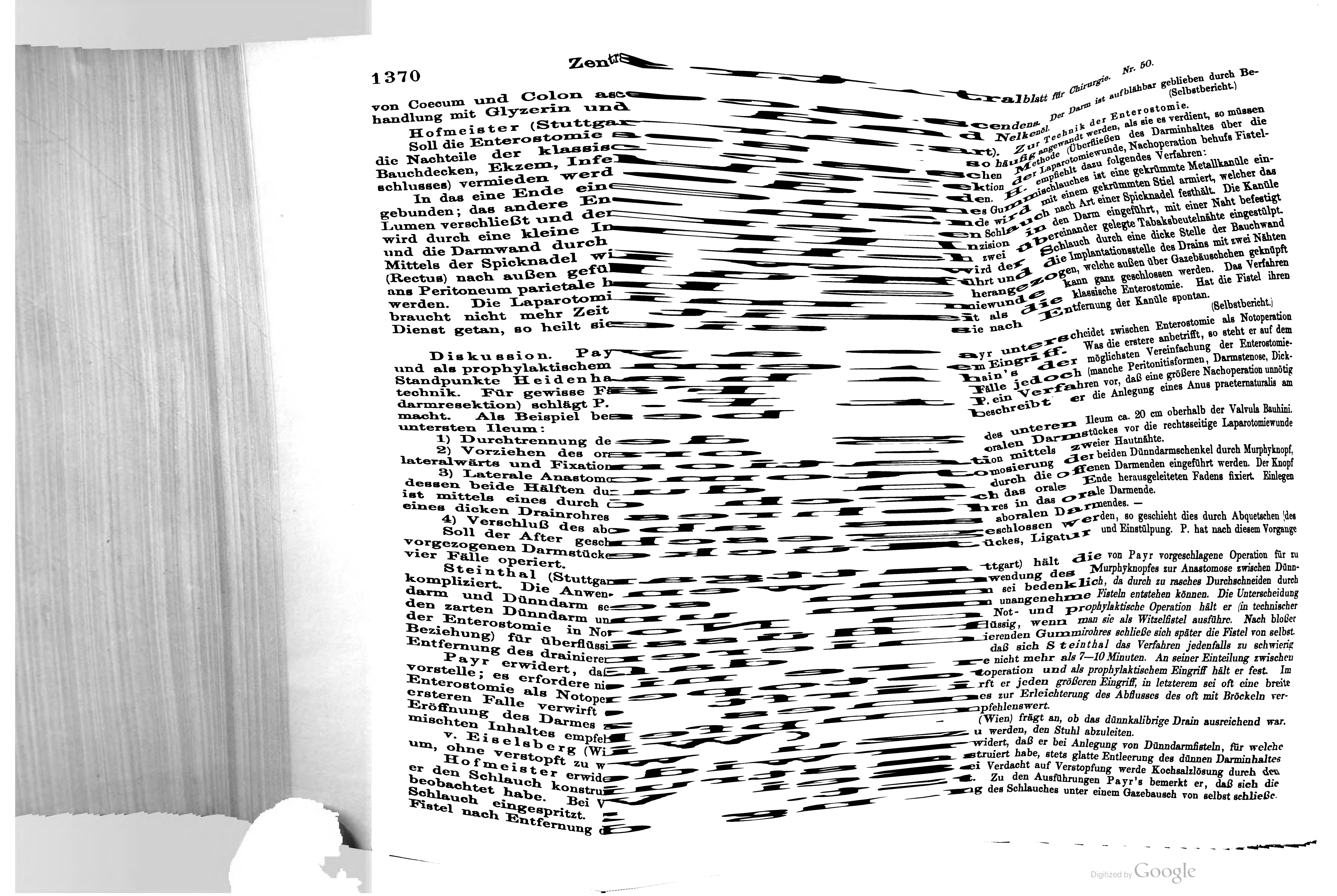
2) Präparat von Volvulus des ganzen Dünndarmes, des Coecum und aufsteigenden Dickdarmes.

Der Ileus, welchem zahlreiche leichtere Ileusanfälle voraufgegangen waren, bestand bei der Operation seit 4 Tagen. In der linken Darmbeinschaufel lag als mannskopfgroßer Tumor das enorm geblähte Coecum, um dieses herum ein Konvolut meteoristischer Dünndarmschlingen. Es zeigte sich, daß das Coecum und Colon ascendens, welche an einem Mesenterium commune hingen, um 180° gedreht waren, und daß sich um den torquierten Stiel des Mesocoecum der ganze Dünndarm bis zum Duodenum hinauf mit einer Drehung von 360° herumgedreht hatte. Lösung zahlreicher Verwachsungen des eine hochgradige Mesenterialperitonitis zeigenden Bauchfelles, Zurückdrehen des Volvulus. Anfangs günstiger Verlauf; nach 6 Tagen Lungenerscheinungen, danach schleichende Peritonitis, der die sehr heruntergekommene Pat. am 10. Tage erlag. Der Volvulus des ganzen Dünndarmes und aufsteigenden Dickdarmes ist sehr selten. K.'s Assistent Danielsen konnte aus der Literatur nur zehn Fälle zusammenstellen, von denen 80 % tödlich endeten.

3) Präparat eines Volvulus der Flexura sigmoidea mit hochgradigster Blähung des Coecum.

Tod an Peritonitis nach Perforation eines Dehnungsgeschwüres an der Grenze





von Coecum und Colon asc[illegible]cendens. Der Darm ist aufblähbar geblieben durch Behandlung mit Glyzerin und [illegible] Nelkenöl. (Selbstbericht.)

Hofmeister (Stuttga[illegible]rt). Zur Technik der Enterostomie.

Soll die Enterostomie s[illegible] so häufig angewandt werden, als sie es verdient, so müssen die Nachteile der klassis[illegible]chen Methode (Überfließen des Darminhaltes über die Bauchdecken, Ekzem, Infe[illegible]ktion der Laparotomiewunde, Nachoperation behufs Fistelschlusses) vermieden werd[illegible]en. H. empfiehlt dazu folgendes Verfahren:

In das eine Ende ein[illegible]es Gummischlauches ist eine gekrümmte Metallkanüle eingebunden; das andere En[illegible]de wird mit einem gekrümmten Stiel armiert, welcher das Lumen verschließt und de[illegible]n Schlauch nach Art einer Spicknadel festhält. Die Kanüle wird durch eine kleine In[illegible]nzision in den Darm eingeführt, mit einer Naht befestigt und die Darmwand durch [illegible] zwei übereinander gelegte Tabaksbeutelnähte eingestülpt. Mittels der Spicknadel wi[illegible]rd der Schlauch durch eine dicke Stelle der Bauchwand (Rectus) nach außen gefü[illegible]hrt und die Implantationsstelle des Drains mit zwei Nähten ans Peritoneum parietale h[illegible]erangezogen, welche außen über Gazebäuschchen geknüpft werden. Die Laparotomi[illegible]iewunde kann ganz geschlossen werden. Das Verfahren braucht nicht mehr Zeit [illegible]t als die klassische Enterostomie. Hat die Fistel ihren Dienst getan, so heilt sie [illegible]ie nach Entfernung der Kanüle spontan. (Selbstbericht.)

Diskussion. Pa[illegible]yr unterscheidet zwischen Enterostomie als Notoperation und als prophylaktischem [illegible]em Eingriff. Was die erstere anbetrifft, so steht er auf dem Standpunkte Heidenha[illegible]in's der möglichsten Vereinfachung der Enterostomietechnik. Für gewisse Fä[illegible]lle jedoch (manche Peritonitisformen, Darmstenose, Dickdarmresektion) schlägt P. [illegible] P. ein Verfahren vor, daß eine größere Nachoperation unnötig macht. Als Beispiel be[illegible]schreibt er die Anlegung eines Anus praeternaturalis am untersten Ileum:

1) Durchtrennung de[illegible]s unteren Ileum ca. 20 cm oberhalb der Valvula Bauhini.

2) Vorziehen des or[illegible]alen Darmstückes vor die rechtsseitige Laparotomiewunde lateralwärts und Fixatio[illegible]n mittels zweier Hautnähte.

3) Laterale Anastom[illegible]osierung der beiden Dünndarmschenkel durch Murphyknopf, dessen beide Hälften du[illegible]rch die offenen Darmenden eingeführt werden. Der Knopf ist mittels eines durch [illegible]ch das orale Ende herausgeleiteten Fadens fixiert. Einlegen eines dicken Drainrohres [illegible]hres in das orale Darmende.

4) Verschluß des ab[illegible]oralen Darmendes. —

Soll der After gesch[illegible]lossen werden, so geschieht dies durch Abquetschen des vorgezogenen Darmstücke[illegible]s, Ligatur und Einstülpung. P. hat nach diesem Vorgange vier Fälle operiert.

Steinthal (Stuttga[illegible]rt) hält die von Payr vorgeschlagene Operation für zu kompliziert. Die Anwen[illegible]dung des Murphyknopfes zur Anastomose zwischen Dünndarm und Dünndarm se[illegible]i bedenklich, da durch zu rasches Durchschneiden durch den zarten Dünndarm un[illegible]n unangenehme Fisteln entstehen können. Die Unterscheidung der Enterostomie in No[illegible]t- und prophylaktische Operation hält er (in technischer Beziehung) für überflüssi[illegible]g, wenn man sie als Witzelfistel ausführe. Nach bloßer Entfernung des drainiere[illegible]nden Gummirohres schließe sich später die Fistel von selbst.

Payr erwidert, da[illegible]ß sich Steinthal das Verfahren jedenfalls zu schwierig vorstelle; es erfordere ni[illegible]e nicht mehr als 7—10 Minuten. An seiner Einteilung zwischen Enterostomie als Notope[illegible]ration und als prophylaktischem Eingriff hält er fest. Im ersteren Falle verwirft [illegible]rft er jeden größeren Eingriff, in letzterem sei oft eine breite Eröffnung des Darmes [illegible]es zur Erleichterung des Abflusses des oft mit Bröckeln vermischten Inhaltes empfe[illegible]hlenswert.

v. Eiselsberg (Wi[illegible]en) fragt an, ob das dünnkalibrige Drain ausreichend war, um, ohne verstopft zu w[illegible]erden, den Stuhl abzuleiten.

Hofmeister erwide[illegible]rt, daß er bei Anlegung von Dünndarmfisteln, für welche er den Schlauch konstru[illegible]iert habe, stets glatte Entleerung des dünnen Darminhaltes beobachtet habe. Bei V[illegible]erdacht auf Verstopfung werde Kochsalzlösung durch den Schlauch eingespritzt. [illegible]. Zu den Ausführungen Payr's bemerkt er, daß sich die Fistel nach Entfernung d[illegible]es Schlauches unter einem Gazebausch von selbst schließe.

Hofmeister (Stuttgart). Ergebnisse der Frühoperation des kompletten inneren Darmverschlusses.

Von 27 während der letzten 2 Jahre auf der Abteilung des Vortragenden operierten Fällen von innerem mechanischem Darmverschluß sind 20 geheilt, 7 gestorben (25,9 %). Innerhalb der ersten 3 Tage operiert sind 16, davon keiner gestorben; vom 4. bis 6. Tag operiert 8, davon gestorben 4 = 50 %; noch später operiert 3, davon gestorben 3 = 100 %. Entscheidend für das Operationsresultat ist die Krankheitsdauer. Wenn möglich, wird die radikale Beseitigung des Hindernisses durch Laparotomie angestrebt, und in den Frühstadien des Ileus werden auch sehr große Eingriffe gut ertragen. — Wo die Radikaloperation nicht möglich ist, beschränkt man sich auf die Enterostomie zur Entlastung des zuführenden Darmes. Wo sie zur Heilung nicht ausreicht, wird sobald als möglich die Radikaloperation nachgeschickt. Außerdem verwendet H. die Enterostomie gewissermaßen »prophylaktisch«, zusammen mit der Radikaloperation in Fällen, wo der zuführende Darm stark geschädigt ist, oder erneute Knickung und Verklebung zu befürchten ist.

Wo der Sitz des Hindernisses nicht diagnostiziert werden kann, beginnt die Operation mit einem kleinen Schnitt im Epigastrium, von dem aus sowohl Dünndarm als Colon transversum auf seine Blähung kontrolliert werden kann. Kommt es nicht zur Radikaloperation, so kann von diesem kleinen Schnitt aus sowohl am Dünndarm als am Kolon enterostomiert werden.

Unter den 20 Geheilten hat die primäre Radikaloperation für sich allein sechsmal zum Ziele geführt, siebenmal wurde sie mit der prophylaktischen Enterostomie kombiniert; siebenmal wurde primär nur die Enterostomie ausgeführt, welche in drei Fällen (postoperativer Ileus) für sich allein zur Heilung genügte, während viermal die Radikaloperation nachfolgen mußte. (Selbstbericht.)

(Schluß folgt.)

---

17) **Stokes** and **Amick.** Typhoid appendicitis without other intestinal lesions.

(Johns Hopkins hospital bulletin 1905. August.)

Ein 24jähriger Student, der 13 Jahre zuvor einen Typhus überstanden hatte, erkrankte am 21. März 1905 unter deutlichen Symptomen von Appendicitis. 11 Stunden später wurde der Wurmfortsatz entfernt, vom 3. Krankheitstag an war die Temperatur normal, Pat. genas schnell.

Der Wurmfortsatz, der alle Zeichen frischer Erkrankung darbot, wurde bakteriologisch und histologisch untersucht; man fand Bacillus pyocyaneus und Bakt. typhi. Die Widal'sche Reaktion, 8 Tage nach der Operation mit den aus dem Wurmfortsatze gezüchteten Typhusbazillen angestellt, fiel bei einer Verdünnung von 1 : 50 deutlich positiv aus.

Verff. vermuten, daß die Typhusbazillen 13 Jahre lang, vielleicht in der Gallenblase, sich im Körper aufgehalten hatten. **W. v. Brunn** (Rostock).

18) **G. Atkins.** Notes on a case of gangrenous appendicitis.

(Brit. med. journ. 1905. September 30.)

Einem Knaben von 12 Jahren wird 29 Stunden nach dem Beginne der abdominalen Erscheinungen ein brandiger Wurmfortsatz entfernt, der noch nicht in die Bauchhöhle durchgebrochen war. Nach glattem Verlaufe stirbt Pat. am 5. Tag unter großer Unruhe, Delirien und schließlich im Koma. Urin und Atmungsluft rochen süßlich, der erstere zeigte sehr reichlich Azeton. Die am 4. Tage vorgenommene Wiedereröffnung der Bauchhöhle zeigte völlig normale Verhältnisse. Als Todesursache spricht A. eine akute Azetonämie an, die nach neueren Beobachtungen nicht nur beim Diabetes aufzutreten braucht.

W. Weber (Dresden).



19) A. Cernezzi (Milano). *Sull' ernia dell' appendice vermiforme del cieco.*
(Clinica chirurgica Bd. XI. Nr. 4.)

Drei Fälle von Herniotomien, bei welchen der Wurmfortsatz als Bruchinhalt gefunden wurde. In allen Fällen Resektion, Radikaloperation, Heilung. Nur in einem Falle war ein Zustand vorangegangen, der nachträglich als Perityphlitis gedeutet werden mußte. Alle Hernien waren frei. Die Wurmfortsätze wiesen stets makro- und mikroskopisch entzündliche Erscheinungen und ihre Folgezustände auf.

J. Sternberg (Wien).

20) J. van Dam. Incarceratie van den processus vermiformis.
(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1905. I. Nr. 9.)

Nach Bericht über zwei in der Klinik von Prof. Lanz in Amsterdam beobachteten Fällen inkarzerierter Hernien, bei welchen die Operation den Wurmfortsatz im Bruchsacke finden ließ, gibt Verf. eine kritische Besprechung der diesbezüglichen Literatur. Der erste Fall betrifft die Inkarzeration des vollständig obliterierten Wurmfortsatzes. Die mikroskopische Untersuchung ergab nur äußerst geringfügige Entzündungserscheinungen in der Nähe vom Mesenteriolum. Verf. nimmt wohl mit Recht hier eine wirklich primäre Einklemmung des Wurmfortsatzes an. Dieser Fall von Einklemmung eines vollständig verödeten Wurmfortsatzes steht bis jetzt in der Literatur wohl vereinzelt da. Bei dem zweiten Fall — inkarzerierter »Wurmfortsatzschlingenbruch« (Rose) — läßt sich nach Verf. die Frage, ob primäre Inkarzeration oder primäre Appendicitis vorlag, nicht entscheiden.

van D. gibt von seinen Fällen gute Krankengeschichten und deutliche pathologisch-anatomische Beschreibungen, welche späteren Autoren eine kritische Benutzung des von ihm beigebrachten Materiales ermöglichen.

J. H. Zaaijer (Amsterdam).

21) A. Jehle. Ein Fall von retrograder innerer Inkarzeration der Appendix.
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 40.)

Der Fall betraf einen $5\frac{1}{2}$jährigen Knaben, der akut unter Erbrechen und Schmerzen im Bauch erkrankte. 2 Tage danach Laparotomie wegen Annahme einer Appendicitis perforativa. Viel Eiter in der freien Bauchhöhle. Das periphere Ende des Wurmfortsatzes ist in Ausdehnung von $2\frac{1}{2}$ cm blauschwarz verfärbt, beträchtlich verdickt und über einem Kotstein an einer stecknadelkopfgroßen Stelle durchbohrt. Mesenteriolum gleichfalls schwarzrot verfärbt, verdickt, Gefäße prall gefüllt und scheinbar thrombosiert. *Zentralwärts verschwindet der Wurmfortsatz in einer vom Mesenterium des untersten Ileum gebildeten Bauchfelltasche und tritt, parallel verlaufend, von ganz normalem Umfang und Aussehen, wieder aus, um sich 3 cm höher oben am Blinddarme zu inserieren. Nach Lösung der Inkarzeration Abtragung des Wurmfortsatzes, der zwei seichte Schnürfurchen aufweist.* Auftupfen größerer Eitermengen im Douglas und unter der Leber, sowie trüb-serösen Exsudates zwischen den Darmschlingen. Drainage mit Jodoformdochten. Heilung.

Hübener (Dresden).

22) G. Atkins. *Report on the surgical treatment of chronic gastric ulcer and gastric dilatation by the operation of gastro-jejunostomy and jejuno-jejunostomy.*
(Brit. med. journ. 1905. September 30.)

An 20 Fälle von chronischem Magengeschwür und Magenerweiterung, die mit Gastroenterostomie behandelt waren, wurden Fragezettel versandt bezüglich Schmerzen, Erbrechen, Blutbrechen, Gewichtszunahme, ungestörter Berufsausübung. Die Antworten waren äußerst zufriedenstellend. 94% waren frei geblieben von jeg-

licher Beschwerde, 6% waren wesentlich gebessert. Das Geschwür saß unter 20 Fällen 13mal in der Nähe des Pylorus, 6mal in der Nähe der Cardia; 9mal waren mehrfache Geschwüre vorhanden. Der Schmerz kann für die genauere Diagnose von Wert sein: Je eher er nach der Nahrungsaufnahme auftritt, um so näher sitzt das Geschwür der Cardia und umgekehrt. Umschriebener Druckschmerz an der Pylorusgegend spricht für ein Geschwür am Pförtner, ausstrahlender Schmerz nach oben und nach rechts läßt auf Verwachsungen um den Pylorus schließen. Auch das zeitliche Auftreten des Erbrechens nach der Nahrungsaufnahme ist oft abhängig von der Lage des Geschwüres nach Analogie des Einsetzens der Schmerzen. Die hintere Gastrojejunostomie nach v. Hacker ist die Operation der Wahl. Oft fügte A. eine Anastomosierung der beiden Schlingenschenkel hinzu, besonders bei langer, zuführender Schlinge. Zur Diagnose des Sanduhrmagens benutzt Verf. die Aufblähung mit Wasserstoffgas. Zum Schluß bespricht er kurz die Beziehungen der Magenerweiterung zur beweglichen Niere. Die Nahtbefestigung der Niere genügt zuweilen schon, um Magenbeschwerden zu beseitigen, die hervorgerufen sind durch Knickung des Duodenum infolge der gesenkten Niere.

W. Weber (Dresden).

23) **Cumston.** Case of perforation of an ulcer of the duodenum, with remarks on the diagnosis and treatment of this affection.

(Glasgow med. journ. 1905. September.)

Ein 43jähriger Mann, seit einiger Zeit an Schmerzen im Epigastrium leidend, erkrankte am 16. Juni 1903 vormittags mit heftigsten Schmerzen rechts im Bauch. Um 4 Uhr nachmittags Laparotomie: Perforation eines Ulcus duodeni der hinteren Wand. Magen, Colon transversum und Netz werden über den Defekt genäht. Drainage. Nach 48 Stunden zweite Laparotomie wegen allgemeiner eitriger Peritonitis, Spülung mit Kochsalzlösung; Genesung. Pat. ist jetzt, nach 2 Jahren, noch ganz gesund.

Die weiteren Erörterungen über das Leiden im allgemeinen bieten nichts Bemerkenswertes. **W. v. Brunn** (Rostock).

24) **R. Milner.** Über Verengerungen und Verschlüsse des Darmkanales und ihre chirurgische Behandlung.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 43 u. 44.)

Im Anschluß an sechs genauer mitgeteilte, in der Hildebrand'schen Klinik zu Berlin mit Erfolg operierte Fälle — dreimal Tuberkulose, einmal Adenokarzinom des Darmes, ein eingeklemmter brandiger Schenkelbruch, ein Darmverschluß durch Gallenstein — bespricht Verf. die Hilfsmittel, welche bei Wegsamkeitsstörungen im Darme die Herstellung des Abflusses und dann die dauernde Heilung des Grundleidens ermöglichen: Anlegung einer Darmfistel, eines Kunstafters, die Enteroanastomose ohne und mit unilateraler oder totaler, offener oder verschlossener Ausschaltung des kranken Darmteiles (Zeichnungen). Besonders werden die mehrzeitigen Operationen empfohlen. Dagegen spricht sich Verf. gegen das v. Mikulicz'sche Verlagerungsverfahren aus. **G. Schmidt** (Berlin).

25) **T. Muscatello** (Pavia). Intorno alle stenosi tubercolari multiple dell' intestino nei bambini ed alle ostruzioni intestinali da ascaridi.

(Clinica chirurgica 1905. Nr. 1.)

Den folgenden Fall teilt M. aus drei Gründen mit: wegen der Seltenheit der Affektion, wegen der seltenen Komplikation, wegen des seltenen Erfolges der als provisorischen Eingriff gedachten Operation.

Ein $5^1/_2$jähriges Mädchen leidet seit 5 Jahren an Darmerscheinungen: hartnäckiger Verstopfung, welche sich auf Abführmittel löste; dann erschienen im Stuhle zahlreiche Askariden, weshalb späterhin öfters Santonin gegeben wurde. Es traten Perioden von Diarrhöen mit heftigen Schmerzen auf. Seit einem Jahre gehen



weniger Würmer ab, dagegen ist die Verstopfung stärker, besonders in den letzten Wochen; nur Salzklysmen fördern harten Stuhl. Die Bauchschmerzen sind exzessiv, die Anfälle häufig. Nie Fieber, nie Blut im Stuhle. Sehr schlechter Zustand, Bauch aufgetrieben, Darmbewegungen deutlich, rasch, schmerzhaft. Stärkere Resistenz um und über dem Nabel. Am nächsten Tage tritt Brechreiz auf.

Operation unter der Diagnose der tuberkulösen Darmstriktur und Peritonitis, mit der Absicht, als ersten Akt eine Enterostomie auszuführen. Schnitt zur Kolostomie am Blinddarme. Viel Exsudat. Blinddarm, Dickdarm und $^1/_2$ m Dünndarm leer, mit stecknadelkopfgroßen Tuberkelknötchen besetzt. Weiter aufwärts eine Reihe querer Einschnürungen, welche die halbe bis ganze Peripherie umfassen. Auf 1 m Länge sind sechs Stenosen, mattgrau, derb, etwa 1 cm breit, strahlig; mit hyperämischem Hofe. Zwischen den Stenosen gedehnte und hypertrophische Darmwand. Anlegen eines Iliacalafters oberhalb der ersten Stenose, Eröffnung mit dem Thermokauter; nach Abfluß enormer flüssiger Stuhlmengen erscheint ein riesiger Klumpen Askariden, welcher die sonst für den kleinen Finger freie Stenose verlegt hatte. Am 3. Tage der erste spontane Stuhl auf natürlichem Wege, welcher seither regelmäßig funktioniert, die Fistel versiegt. Am 40. Tage Verschluß der Fistel in Narkose. Die Ascitesmenge nahm zusehends ab. Nach 15 Monaten bester Zustand.

Dieser Fall ist der vierte von multiplen tuberkulösen Stenosen bei kleinen Kindern, welche klinisch beobachtet, bzw. operiert wurden. Die Erscheinungen stützen durchaus die von Nothnagel für Erwachsene aufgestellte Symptomatologie. Sehr beachtenswert ist die akute Verlegung der stenosierten Darmlichtung durch die Askariden. Diesen kommt zweifellos eine kausale Bedeutung bei der Bildung der multiplen Geschwüre zu. Wichtig ist endlich die Tatsache, daß die einmalige Eröffnung der Peritonealhöhle genügte, um den peritonitischen Prozeß zum Stillstand und, wie die dauernd normalen Darmfunktionen zeigen, die Darmverengerungen zur Rückbildung zu bringen, so daß die sonst erforderlichen therapeutischen Eingriffe: Resektion oder Anastomose oder Ausschaltung, unnötig wurden.

J. Sternberg (Wien).

26) **Lerda.** Sopra un caso di torsione totale del tenue sul suo mesentere.

(Progresso medico 1905. Nr. 11.)

Ein 55jähriger Mann, der früher nie ernstlich krank war, jedoch öfters an Verstopfung abwechselnd mit Diarrhöe litt, erkrankt plötzlich mit Schmerzen und Spannungsgefühl im Leibe. Nach Verabreichung eines Abführmittels tritt eine rapide Verschlimmerung des Zustandes (Erbrechen usw.) ein, so daß der Kranke am 6. Tage in das Hospital gebracht wird. Hier finden sich alle Zeichen eines schweren Ileus, und es wird sofort — im Hinblick auf den schlechten Zustand des Pat. unter Lokalanästhesie — der Bauch eröffnet. Der Dünndarm erweist sich dabei als um ca. 280° um das Mesenterium (im Sinne des Uhrzeigers) gedreht. Nach Rückwärtsdrehung des Darmes wurde die Anlegung eines Kunstafters notwendig; jedoch starb der Kranke kurz nach diesem Eingriffe.

Verf. glaubt, daß die direkte Veranlassung zu der Torsion die Verabfolgung des Drastikums gewesen sei.

Engelmann (Düsseldorf).

27) **E. S. Holmgren.** Einige Fälle von Ileus, behandelt mit Atropin.

(Upsala Läkareförenings Förhandlingar N. F. Bd. X. p. 340.)

In den letzten 5 Jahren sind wiederholte Mitteilungen über Atropinbehandlung bei Ileus verschiedenen Ursprunges in der Literatur veröffentlicht. Sich ein Urteil über den Wert des Mittels zu bilden, scheint fast unmöglich, da einige Verff. dasselbe völlig verwerfen, andere es enthusiastisch loben. Das erklärt sich daraus, daß das Mittel völlig kritiklos bei den verschiedensten Formen des Darmverschlusses angewendet worden ist.

Verf. teilt nun vier Fälle aus der Klinik Lennander's mit, wo das Mittel günstige Wirkungen darbot, nachdem operative Maßnahmen versagt hatten.

1) Hernia incarcerata — Herniotomie mit Radikaloperation, Knickungsileus — Laparotomie; dynamischer Ileus — zweite Laparotomie; fortbestehende Darmparalysie — Coecalfistel, alles ohne Wirkung; schließlich Atropin, zuletzt bis 5 mg p. dosi. Nach 5tägigem Bestehen der Ileussymptome völlige Heilung. 2) Ileus unbestimmten Ursprunges — Laparotomie, kein Hindernis, völlige Paralyse, anfangende Peritonitis. Fortbestand der Symptome während 2 Tagen; nach der sechsten Atropininjektion reichliche Darmgasentleerungen und Aufhören des Erbrechens. 24 Stunden Euphorie; wieder Einsetzen der Ileussymptome, erneuerte Atropininjektionen; völlige Heilung.

Die Fälle 3) und 4) sind Darmparalysen aus Infektionen der Peritonealhöhle (Appendicitis perforativa, Abscessus subphrenicus); sie zeigen keine so klaren Symptome, dagegen eine prompte Wirkung des Mittels.

Der Rat des Verf.s geht dahin, daß das Atropin nicht eher gebraucht werden solle, als bis man sich von der Abwesenheit eines mechanischen Hindernisses — oder falls ein solches vorliegen sollte, von dessen Beseitigung — überzeugt hat.

Hansson (Cimbrishamn).

28) **Hirschsprung.** 107 Fälle von Darminvagination bei Kindern.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 5.)

H. gibt den Bericht über die erstaunlich große Zahl von 107 selbst beobachteten Darminvaginationen bei Kindern. Die sonst recht seltene Erkrankung scheint in Kopenhagen und England besonders häufig vorzukommen. Unter den 107 Kindern befanden sich 77 Knaben und 30 Mädchen. Das jüngste Kind war 7 Wochen, das älteste 7 Jahre alt. Ätiologisch spielt chronische Verstopfung eine besondere Rolle. Merkwürdig gering war die Neigung zu Rezidiven. 65 = 60,75% wurden geheilt. Nur selten war Laparotomie notwendig, meist führte Narkose und Taxis zur Heilung; sitzt die Invagination im Dickdarme, so sind Wassereinspritzungen in den Mastdarm sehr wirksam. Ganz evident zeigt sich, daß, je schneller nach Beginn der Krankheitserscheinungen die Therapie eingeleitet wird, desto größer die Heilungsaussichten sind.

Haeckel (Stettin).

29) **W. Meyer.** Appendicostomy and cecostomy in the treatment of chronic colitis.

(Med. news 1905. August 26.)

Verf. hat bei chronischer Kolitis in vier Fällen die Appendikostomie nach Weir und in einem Falle die Coecostomie wegen der Unmöglichkeit, den Wurmfortsatz zu diesem Zwecke zu gebrauchen, ausgeführt und das Kolon von der Fistelöffnung aus mit Irrigationen behandelt. Die Fälle wurden alle sehr günstig beeinflußt und behielten die Fisteln, weil gerade die Hartnäckigkeit und die Rezidive eine lange Behandlung voraussetzen.

Es handelte sich um Dick- und Mastdarmpapillome, um tuberkulöse Dickdarmulzerationen und sonstige chronische ulzerative Kolitis.

In bezug auf die Technik der Operation ist zu erwähnen, daß bei obliteriertem Wurmfortsatze die Coecostomie an die Stelle treten muß, daß bei sehr weiter Lichtung des Wurmfortsatzes ein Ektropium entsteht. Der Fortsatz selbst wird schräg von oben nach unten in die Bauchdecken eingepflanzt, nachdem er an der Basis mit dem parietalen Blatte des Bauchfelles vernäht ist. Der schräge Verlauf soll die Drainage des Wurmfortsatzkanales aufrecht erhalten. Umgekehrt wird bei weiter Appendix die Einpflanzung vom unteren nach dem oberen Wundwinkel vorgenommen. Die Abtragung der Spitze des Wurmfortsatzes erfolgt erst nach Verschluß der Bauchhöhle. Sodann wird die Sondierung vorgenommen, um möglichst sofort die Coecostomie daran anschließen zu können. Gebrauch eines Katheters beschränkt Verf. auf den Beginn der Behandlung. Die Fistel verursacht keine Unbequemlichkeiten und beeinträchtigt nicht die Ausübung leichter körperlicher Arbeit. Drei Kranke tragen die Fisteln schon über 1/2 Jahr, eine Kranke schon über 2 1/2 Jahre, ohne in ihrer Tagesarbeit gestört zu sein.

Hofmann (Karlsruhe).



30) H. H[illegible] Sinclair. Report of three cases of intestinal anastomosis by Connel's suture.

(New York med. record 1905. February 4.)

An de[illegible] Hand von drei glücklich verlaufenen Fällen von Enteroanastomosen erklärt S. [illegible] die Connell'sche Naht (s. d. Bl. 1904 Nr. 15 p. 464) für ein hervorragendes V[illegible]erfahren und besonders brauchbar in Situationen, wo jegliche andere Spezialinstr[illegible]umente fehlen. **Loewenhardt** (Breslau).

31) Child[illegible]e. An unusual condition of the large intestine associated with carc[illegible]inoma in two sisters, together with carcinoma in a third sister.

(Brit. med. journ. 1905. September 30.)

Kurzer [illegible] Bericht über drei Schwestern im Alter von 30—35 Jahren mit Mastdarmkrebs, der sich bei zweien von ihnen auf der Grundlage alter polypöser Adenome entw[illegible]ickelte mit nachweisbarem histologischen Übergange von gutartiger zu bösartiger [illegible] Geschwulstbildung. Die Literatur über multiple adenomatöse Polypen des Mastda[illegible]rmes ergibt eine auffallende Häufung von Fällen in einer Familie, eine Bevorzugu[illegible]ng des weiblichen Geschlechtes mit 86%, eine Neigung zur krebsigen Umbildung [illegible]. Verf. entscheidet sich für seine drei Fälle für Annahme einer Infektion auf Grund [illegible] sehr nahen körperlichen Zusammenlebens. **W. Weber** (Dresden).

32) v. Ei[illegible]iselsberg. Zur Frage der Kontinenz nach sakraler Rektumexstirpation.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 38.)

v. E. [illegible] bevorzugt bei der Amputatio recti im allgemeinen den Anus sacralis (Hochen[illegible]egg) in Kombination mit der Drehung des Darmes (Gersuny) und hat damit in [illegible] einer Reihe von Fällen vortreffliche Resultate erzielt, die fast den normalen Ve[illegible]rhältnissen gleichkamen. Bei Resektionsfällen hat er sich der verschiedenar[illegible]tigsten Methoden bedient, in letzter Zeit mit sehr gutem Resultate der folgenden: [illegible]

Nach [illegible]h Entfernung der hochsitzenden Karzinome mit sakraler Voroperation wurde die [illegible]ie obere Lichtung durch das vorher seiner Schleimhaut beraubte Analstück (das rückw[illegible]ärts linear gespalten war) heruntergezogen und das Analstück halskrausenartig um [illegible] dieses Ende genäht. Bei den drei so operierten Pat. war in wenigen Wochen [illegible] die Heilung einiger ganz kleiner Darmfisteln vollendet, und die Pat. konnten [illegible] vollkommen kontinent das Spital verlassen. In Anbetracht der Durchschneidun[illegible]g des Sphinkters ist wohl kaum eine sekundäre Stenosenbildung zu gewärtigen. **Hübener** (Dresden).

33) Ruc[illegible]uczynski. Über einen Fall von Carcinoma coli bei einem 13jährigen Knaben.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 41.)

Es h[illegible]s handelte sich um ein ringförmiges Adenokarzinom der Flexura lienalis, das die Darm[illegible]rmlichtung bis auf 5 mm Durchmesser einengte und zu ausgedehnten Metastasen in [illegible] in der Leber und den regionären Lymphdrüsen geführt hatte. Der Knabe war 2 Ja[illegible] Jahre vor seinem Tode mit Schmerzen in der rechten Unterleibsgegend erkrankt; [illegible]t; erst einige Wochen vor dem Tode traten Erscheinungen von Darmverengerung auf, [illegible]auf, die zur Anlegung eines künstlichen Afters Veranlassung gaben. **Gutzeit** (Neidenburg).

Orig[illegible]iginalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

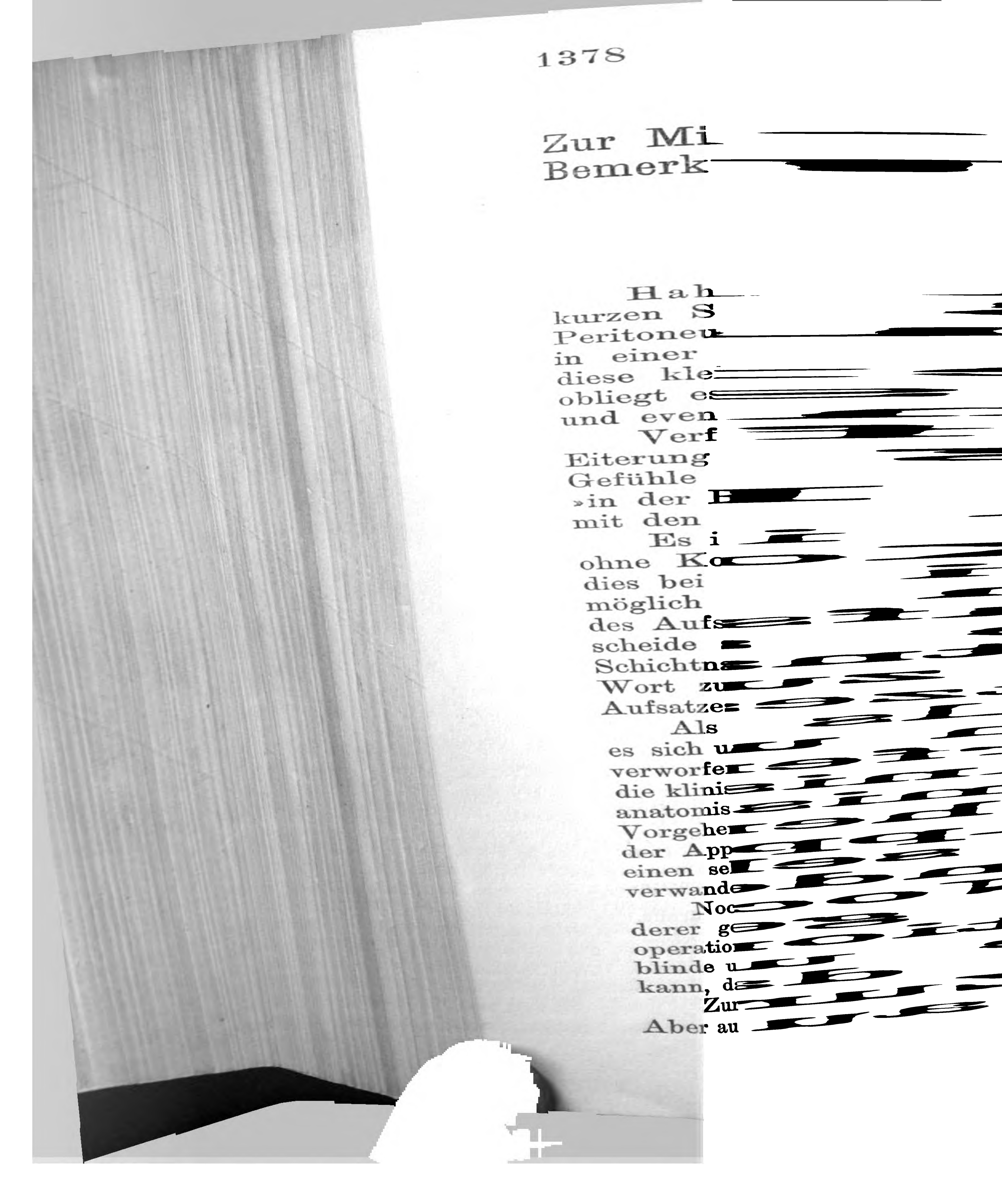
herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 51. **Sonnabend, den 23. Dezember.** **1905.**



Zur Mi … tteilung von Dr. Johannes Hahn: „Einige Bemerk … ungen zur Technik der Blinddarmoperation“.

(Zentralblatt für Chirurgie 1905. Nr. 46.)

Von

Dr. Hans v. Haberer,

Assistenten der v. Eiselsberg'schen Klinik in Wien.

Hahn hat kürzlich zur Operation der Appendicitis einen ganz kurzen S … chnitt vorgeschlagen, dessen Wesen darin besteht, daß das Peritoneu … m ohne Muskelverletzung durch die Rectusscheide hindurch in einer … Ausdehnung von nur $2^1/_2$ bis 3 cm eröffnet wird. Durch diese kle … ine Inzision kann nur der linke Zeigefinger eindringen, und obliegt es … ausschließlich ihm, die Appendix aufzusuchen, hervorzuholen und even … t. vorhandene Adhäsionen stumpf zu lösen.

Verf … rühmt seine Methode sowohl für die einfache als die mit Eiterung … komplizierte Appendicitis, erklärt, die Appendix bloß dem Gefühle … nach mit dem linken Zeigefinger leichter zu finden, als es »in der R … egel bei dem auch von ihm früher geübten größeren Schnitt mit den … Augen möglich war«.

Es ist mir ganz unverständlich, daß ein einziger tastender Finger ohne Kontrolle des Auges seine Aufgabe leichter erfüllen soll, als dies bei … großem Schnitt durch Zusammenwirken von Auge und Hand möglich … ist. Ganz abgesehen davon glaube ich, daß der Schlußsatz des Aufs … satzes: »Die Vorteile des kleinen Schnittes durch die Rectusscheide … sind, ganz abgesehen von der Übersichtlichkeit der exakten Schichtn … aht, so in die Augen springend, daß ich mir hier jedes weitere Wort zu … r Empfehlung sparen kann« von den meisten Lesern dieses Aufsatzes … es ebensowenig gebilligt werden kann, wie von mir.

Als … Gründe hierfür möchte ich folgende geltend machen: Handelt es sich u … m eine Frühoperation, so muß die Methode Hahn's absolut verworfe … n werden; denn in Anbetracht der Tatsache, daß wir durch die klini … schen Symptome in keiner Weise über die Art und Schwere der anatomis … chen Läsion Aufschluß erhalten, könnte durch ein so blindes Vorgehe … n, wie es Hahn fordert, eine bereits vorbereitete Perforation der App … endix komplett und dadurch ein relativ einfacher Fall in einen se … hr komplizierten, für den Pat. mit Lebensgefahr verbundenen verwande … lt werden.

Noc … h gefährlicher würde sich Hahn's Methode in den Händen derer g … estalten, welche im sog. intermediären Stadium die Radikaloperatio … n auszuführen pflegen. Wie viel Unheil dabei durch das ganz blinde u … nd daher planlose Lösen von Adhäsionen angerichtet werden kann, d … arüber brauche ich mich wohl kaum zu verbreiten.

Zur … einfachen Abszeßinzision reicht wohl ein kleiner Schnitt aus. Aber au … ch dabei ist der Hahn'sche Schnitt entsprechend der gewöhn-

lichen Ausbreitung dieser Abszesse unzweckmäßig, da eine seitliche Inzision entschieden günstigere Abflußbedingungen schafft.

Bei diffuser Peritonitis wird der Hahn'sche Schnitt weder bei den Anhängern der peritonealen Spülung, noch denen der einfachen Drainage Anklang finden können. Für beide Methoden, sollen sie Zweck und Sinn haben, brauchen wir größere Schnitte. Höchstens bei moribunden, d. h. also eigentlich inoperablen Pat. könnte eine knopflochförmige Inzision einmal in Frage kommen, wäre aber dann entschieden dort auszuführen, wo sie sich am leichtesten und in kürzester Zeit ausführen läßt, d. h. in der Linea alba.

Aber auch für die Intervalloperation kann Hahn's Methode kaum in Betracht kommen. Jeder erfahrene Chirurg kennt genug Fälle, bei welchen sich nach einem schweren Anfalle die Appendixresektion äußerst schwierig gestaltete. Durch Hahn's Methode würde man in vielen solchen Fällen die Appendix überhaupt nicht finden, in anderen durch das unkontrollierbare Zerreißen derber Adhäsionen sehr leicht schwere Nebenverletzungen (Darm, Blase) setzen.

Daß endlich Hahn durch sein Vorgehen Wundverhältnisse schafft, welche das Auftreten postoperativer Komplikationen (Adhäsionsbeschwerden, Darmstenose) begünstigen, liegt auf der Hand. Ich glaube somit, wir bleiben bei den alten bewährten, größeren Schnitten.

---

1) **Waldeyer.** Die menschliche Anatomie in ihren Beziehungen zu anderen Wissenschaften und ihre Aufgaben für die Zukunft.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1905. Nr. 10 u. 11.)

Bei der Bedeutung der Anatomie für die Chirurgie, »bei deren Arbeit die Anatomie gleichsam die Führung des Messers zu übernehmen hat« und in Anbetracht der vielfachen gegenseitigen Anregung beider Disziplinen sei auch in diesem Blatte auf W.'s Vortrag, der 1904 in St. Louis gehalten wurde, hingewiesen.

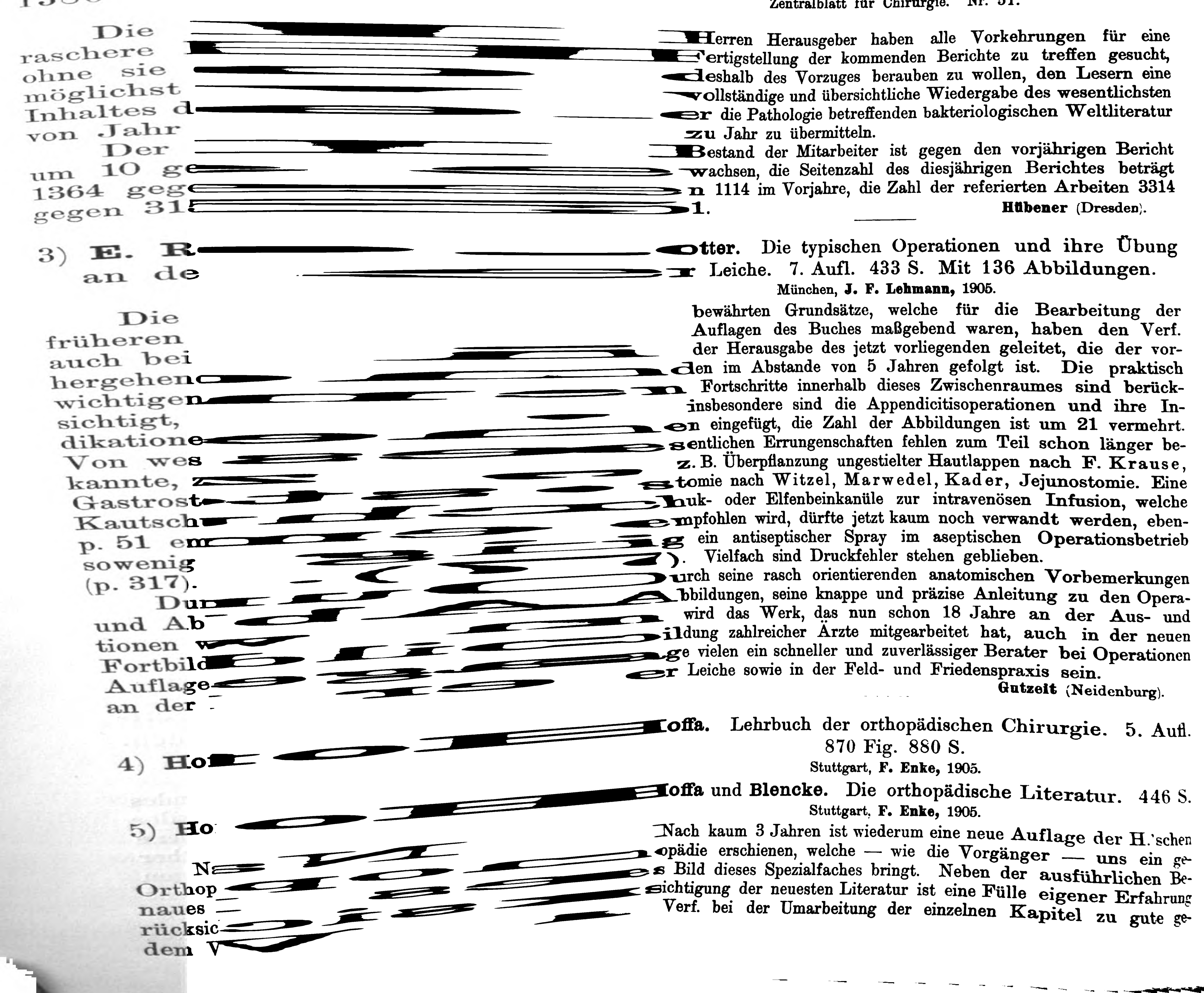
Gutzeit (Neidenburg).

---

2) **v. Baumgarten** und **Tangl.** Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. 18. Jahrgang 1902.

Leipzig, **S. Hirzel,** 1905.

Das Erscheinen der zweiten Abteilung des vorliegenden 18. Bandes des unentbehrlich gewordenen Jahresberichts ist laut Mitteilung der geschätzten Herausgeber leider verzögert worden durch verschiedene Umstände, unter welchen das starke Anwachsen der Literatur über pathogene Mikroorganismen überhaupt, insbesondere aber derjenigen über pathogene Protozoen nicht in letzter Linie stand. So füllt das von Lühe (Königsberg) erstattete Referat über die einschlägige Protozoenliteratur des Jahres 1902 allein über 15 Druckbogen des diesmaligen Berichtes (750 Arbeiten).



Die Herren Herausgeber haben alle Vorkehrungen für eine raschere Fertigstellung der kommenden Berichte zu treffen gesucht, ohne sie deshalb des Vorzuges berauben zu wollen, den Lesern eine möglichst vollständige und übersichtliche Wiedergabe des wesentlichsten Inhaltes der die Pathologie betreffenden bakteriologischen Weltliteratur von Jahr zu Jahr zu übermitteln.

Der Bestand der Mitarbeiter ist gegen den vorjährigen Bericht um 10 gewachsen, die Seitenzahl des diesjährigen Berichtes beträgt 1364 gegen 1114 im Vorjahre, die Zahl der referierten Arbeiten 3314 gegen 31 1.

Hübener (Dresden).

3) **E. R otter.** Die typischen Operationen und ihre Übung an der Leiche. 7. Aufl. 433 S. Mit 136 Abbildungen.

München, **J. F. Lehmann,** 1905.

Die bewährten Grundsätze, welche für die Bearbeitung der früheren Auflagen des Buches maßgebend waren, haben den Verf. auch bei der Herausgabe des jetzt vorliegenden geleitet, die der vorhergehenden im Abstande von 5 Jahren gefolgt ist. Die praktisch wichtigen Fortschritte innerhalb dieses Zwischenraumes sind berücksichtigt, insbesondere sind die Appendicitisoperationen und ihre Indikationen eingefügt, die Zahl der Abbildungen ist um 21 vermehrt. Von wesentlichen Errungenschaften fehlen zum Teil schon länger bekannte, z. B. Überpflanzung ungestielter Hautlappen nach **F. Krause**, Gastrostomie nach **Witzel**, **Marwedel**, **Kader**, Jejunostomie. Eine Kautschuk- oder Elfenbeinkanüle zur intravenösen Infusion, welche p. 51 empfohlen wird, dürfte jetzt kaum noch verwandt werden, ebensowenig ein antiseptischer Spray im aseptischen Operationsbetrieb (p. 317). Vielfach sind Druckfehler stehen geblieben.

Durch seine rasch orientierenden anatomischen Vorbemerkungen und Abbildungen, seine knappe und präzise Anleitung zu den Operationen wird das Werk, das nun schon 18 Jahre an der Aus- und Fortbildung zahlreicher Ärzte mitgearbeitet hat, auch in der neuen Auflage vielen ein schneller und zuverlässiger Berater bei Operationen an der Leiche sowie in der Feld- und Friedenspraxis sein.

Gutzeit (Neidenburg).

4) **Ho offa.** Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. 5. Aufl. 870 Fig. 880 S.

Stuttgart, **F. Enke,** 1905.

5) **Ho offa** und **Blencke.** Die orthopädische Literatur. 446 S.

Stuttgart, **F. Enke,** 1905.

Nach kaum 3 Jahren ist wiederum eine neue Auflage der H.'schen Orthopädie erschienen, welche — wie die Vorgänger — uns ein genaues Bild dieses Spezialfaches bringt. Neben der ausführlichen Berücksichtigung der neuesten Literatur ist eine Fülle eigener Erfahrung dem Verf. bei der Umarbeitung der einzelnen Kapitel zu gute ge-

kommen. Auch äußerlich ist durch übersichtlicheren Druck dem beliebten Buch ein neues Gewand gegeben. Dadurch ließ sich auch trotz Vermehrung der Figuren um 60 und ausführlichere Darstellung des Textes die Seitenzahl herabsetzen.

Ganz besonders ist es zu begrüßen, daß H. dem schon vielfach ausgesprochenen Wunsche, die benutzte Literatur mitzuteilen, gerecht geworden ist. Bei der Fülle des Materiales mußte er jedoch davon absehen, die Literatur hinter jedem Kapitel zu bringen. Hierdurch erklärt es sich auch, weshalb Verf. in den früheren Auflagen davon absehen mußte. In einem stattlichen Anhangsbande, welcher reichlich die Hälfte der Seitenzahl des Lehrbuches zeigt, hat er mit Unterstützung seines früheren Assistenten Blencke-Magdeburg die gesamte orthopädische Literatur, geordnet nach den Kapiteln des Lehrbuches, niedergelegt. Mit außerordentlichem Fleiß ist alles Material gesammelt und gesichtet. Dieser Anhangsband bildet eine besondere Bereicherung unserer Literatur und wird sich in Verbindung mit der neuen Auflage des Lehrbuches wieder viele Freunde erwerben.

Drehmann (Breslau).

---

6) **L. de Mélier de Labarthe.** Le celluloid en orthopédie. 168 S. 103 Fig.

Paris, **Vigot frères**, 1905.

Verf. bringt in einer breiten Monographie eine Beschreibung der Technik der orthopädischen Verbände, die er sämtlich als Zelluloidverbände hergestellt wissen will. Eine bis auf Hippokrates zurückführende Geschichte der orthopädischen Technik beginnt die Arbeit. Daran schließt sich, die erste Hälfte des Buches einnehmend, die mehr als ausführliche Schilderung der Herstellung des Gipsmodelles. Die zweite Hälfte bringt die bis ins kleinste gehende Beschreibung der einzelnen Arten der Zelluloidapparate. Neu für den deutschen Leser ist in der ausgedehnten Monographie nur, daß Calot, welcher uns durch den Versuch, das Eindrücken des spondylitischen Buckels in die wissenschaftliche Medizin einzuführen, bekannt ist, die Celluloid-Azetonverbände zu derselben Zeit wie Landerer und Kirsch angegeben hat. Dagegen vermissen wir in dem sehr ausführlichen Literaturverzeichnis die beiden genannten Autoren.

Drehmann (Breslau).

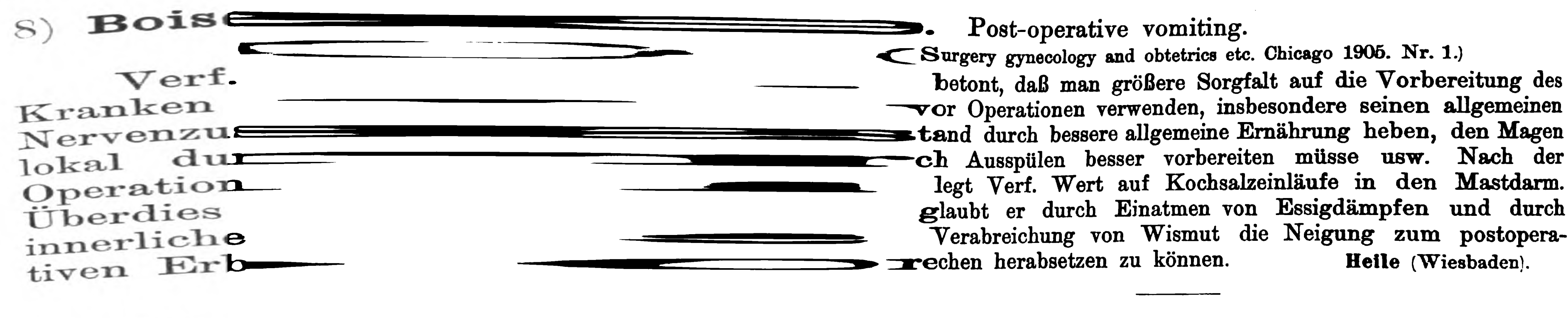
---

7) **W. v. Brunn.** Zur Krankenpflege in der Chirurgie. 14 S.

(Sonderabdruck aus: Zeitschrift für Krankenpflege 1905. Nr. 7—10.)

Verf. hat in dieser kleinen Schrift eine bis ins einzelne gehende Anweisung für das im Operationssaale zur Verwendung gelangende Krankenpflegepersonal zu geben versucht; insbesondere werden die in Betracht kommenden Instrumente im weitesten Sinne, soweit das Personal sie kennen muß, nach Bau und Zusammensetzung, Verwendung, Reinigung und Instandhaltung besprochen. (Selbstbericht).





8) **Bois…** Post-operative vomiting.

(Surgery gynecology and obtetrics etc. Chicago 1905. Nr. 1.)

Verf. betont, daß man größere Sorgfalt auf die Vorbereitung des Kranken vor Operationen verwenden, insbesondere seinen allgemeinen Nervenzustand durch bessere allgemeine Ernährung heben, den Magen lokal durch Ausspülen besser vorbereiten müsse usw. Nach der Operation legt Verf. Wert auf Kochsalzeinläufe in den Mastdarm. Überdies glaubt er durch Einatmen von Essigdämpfen und durch innerliche Verabreichung von Wismut die Neigung zum postoperativen Erbrechen herabsetzen zu können.

Heile (Wiesbaden).

---

9) **Tidi…nsen.** Über Fieber und Fiebermessung und kein Ende.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV. Hft. 2.)

Verf … spricht warm zugunsten der Temperaturmessung im Munde und gibt … bis ins einzelne die Kautelen an, welche bei diesem Vorgehen zu beachten sind. Zahlreiche Kurven und Tabellen illustrieren die Ausführungen des Verf. Besonders beachtenswert erscheinen dem Ref. die Bemerkungen des Verf. über die zahlreichen Mißbräuche und groben Fehler, die vielfach beim Messen der Temperatur begangen werden.

W. v. Brunn (Rostock).

---

10) **E. … Joseph.** Einige Wirkungen des natürlichen Ödems und der künstlichen Ödemisierung. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 40.)

In ähnlicher Weise, wie das natürliche Ödem nach bakteriellen Infektionen das von den Erregern derselben erzeugte Gift durch Verdünnung desselben ungefährlich macht, wirkt auch das künstlich hervorgerufene Stauungsödem entgiftend. Dies bewiesen dem Verf. Versuche, bei denen er Kaninchen, welchen er an der Hinterpfote 12 Stunden lang gestaut hatte, 10 Minuten nach Abnahme der Staubinde in den ödematösen Oberschenkel eine beim Kontrolltier rasch tödliche Dosis von Strychnin (0,004 g) einspritzte; die Vergiftung trat später und milder ein, so daß die Tiere, bis auf eines, am Leben blieben. (Nur bei wesentlich höherer Strychnindosis gingen die Versuchstiere zugrunde, weil trotz der Verdünnung durch die Ödemflüssigkeit immer noch die tödliche Dosis resorbiert wurde.) Zu dieser direkten, diluierenden Wirkung des Ödems kommt noch eine indirekte, resorptionshemmende infolge der Störung der Zirkulation durch die Raumbeengung und die durch die Ödemflüssigkeit verursachte Anämie. Wird die Stauungsflüssigkeit durch Suspension des Gliedes wieder in die Saftbahnen zurückgeführt, so wird zwar die nähere und weitere Umgebung des Infektionsherdes entgiftet, aber der ganze Körper mit toxischen Substanzen überschüttet, so daß dann oft hohe Temperaturen

eintreten, bis sich der Organismus, der viel größere Dosen eines Giftes in dünner Aufschwemmung als in konzentrierter Form verträgt, an die toxische Wirkung gewöhnt hat. Neben dem günstigen Einfluß auf die Erreger und ihre Gifte gewährt die künstliche Ödemisierung noch den Vorteil einer einfacheren und sanfteren Wundbehandlung, da die in entzündliches Gewebe gesetzten Wunden nach Ausschwemmung des nekrotischen Gewebes, von Zelltrümmern und Entzündungstrümmern durch den Abfluß seröser Flüssigkeit von selbst offen bleiben, eine Tamponade der Wunden mit ihren nachteiligen Wirkungen auf die Sehnen usw. auf diese Weise vermieden wird.

Kramer (Glogau).

---

11) **A. Hofmann.** Veränderungen im Granulationsgewebe fistulöser fungöser Herde durch Hyperämisierung mittels Saugapparate. (Aus der kgl. chirurgischen Klinik in Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 39.)

Wie die mikroskopische Untersuchung des Granulationsgewebes fistulöser fungöser Lymphome und Knochenherde, sowie des bei dem Saugen in den Schröpfkopf gelangten Extravasats zeigt, wird durch die Saughyperämie das Granulationsgewebe von Leukocyten und Bakterien förmlich ausgewaschen; die Gefäße erweitern sich, die Leukocyten in und außerhalb derselben, die Mikroorganismen schwinden. Die an und für sich dem Heilungsvorgange nicht günstige Entfernung der weißen Blutkörperchen wird durch das Neuerscheinen derselben aus den dilatierten Gefäßen schnell ausgeglichen. Im Verlaufe der Saugbehandlung erstarkt die Gefäßwand an bindegewebigen Elementen, treten zahlreiche Gefäßsprossen auf, verändern sich auch die Granulationszellen in spindelige Zellen, und kommt es auf diese Weise zur Ausheilung.

Kramer (Glogau).

---

12) **Landmann.** Gelatine und Blutgerinnung.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIV. Hft. 5.)

L. wendet sich gegen Kaposi, der für die Erklärung der Wirkung der Gelatine die Hypothese aufgestellt hatte, daß die Gelatine vielleicht die roten Blutkörperchen veranlasse, Fibrinferment oder dessen Zymogen abzugeben; Kaposi hatte ferner behauptet, daß die Gelatine nicht im Autoklaven, sondern nur bei 100°, und zwar nur an fünf aufeinander folgenden Tagen je $^1/_2$ Stunde, also fraktioniert sterilisiert werden dürfe. L. zeigt durch eine Anzahl Tierversuche, daß ein Antagonismus zwischen Hirudin und Gelatine nicht besteht, und daß Kaposi's Versuche nicht geeignet sind, die Wirkungslosigkeit der Gelatose als Blutstillungsmittel darzutun. Er warnt vor der Verwendung aller fraktioniert sterilisierten Gelatinelösungen, da sie keine völlige Sicherheit für absolute Sterilität bieten.

Haeckel (Stettin).



13) **M. Chérie-L[illegible]igniere** (Parma). **Contributo sperimentale allo studio dell[illegible]a protesi dei vasi coi metalli riassorbibili.**

(Clinica chir. Bd. XI. Hft. 1.)

Die Kritik der [illegible]bisherigen Versuche, eine Gefäßnaht ohne Obliteration der Lichtung [illegible]auszuführen, ergibt, daß alle Methoden überaus schwierig und die [illegible]Erfolge immerhin problematisch bleiben. Es kann nur Payr's Vorgeh[illegible]en empfohlen werden. Eine Reihe diesbezüglicher Kontrollversuche er[illegible]gab Ch.-L. folgende Resultate:

Die Vereinigun[illegible]g der Stümpfe eines quer durchschnittenen Gefäßes ist nach Payr mög[illegible]lich und bietet dann hohem Blutdruck Widerstand. Die Vereinigung be[illegible]ginnt schon nach 12 Stunden. Die Lichtung bleibt weit, oder es bild[illegible]en sich höchstens wandständige Thromben, welche auf die Funktion k[illegible]einen nachteiligen Einfluß ausüben. Nach 20 Tagen sind die Zylinder [illegible] resorbiert. Wenn auch primäre Blutungen nicht erfolgen, so schützt[illegible]e die Methode doch nicht vor sekundären.

J. Sternberg (Wien).

14) **Halsted. Th[illegible]e partial occlusion of blood-vessels, especially of the a[illegible]bdominal aorta. Preliminary report.**

(Bull. [illegible]of the Johns Hopkins hospital 1905. Oktober.)

H. hat sich [illegible] bemüht, ein Verfahren zu finden, das in solchen Fällen, wo eine V[illegible]erringerung des arteriellen Zuflusses erwünscht, die Unterbindung der [illegible]r Arterie aber kontraindiziert ist, eine Verengerung der Gefäßlichtun[illegible]g gestattet. Er hat zahlreiche Versuche an der Aorta abdominalis[illegible]is von Hunden unternommen und einen zylinderförmig gebogenen Silber-[illegible]r- bzw. Aluminiumstreifen verwendet, der um das Gefäß gelegt und[illegible]d mehr oder minder stark zusammengebogen wurde. Thrombose tr[illegible]trat nicht ein. Bei festem Zusammenziehen kam es zu Atrophie der [illegible] Aortenwand und bindegewebigem Abschluß der Gefäßlichtungen. W[illegible]War der Verschluß weniger fest, so legte sich die Intima fest zusam[illegible]ammen, ohne aber, abgesehen von drei Ausnahmen, zu verwachsen; l[illegible]lag das Metallband an der Arterie, so konnte man kein Wasser durc[illegible]rch die Stenose spritzen; wurde es entfernt, so dehnte sich das Gefäß z[illegible] zu seiner normalen Weite wieder aus. Weniger fest angelegte Metallz[illegible]llzylinder konnten an der Aorta, den Femoralarterien und Carotiden m[illegible] monatelang liegen, ohne die Arterienwand irgendwie zu schädigen.

Zweimal wa[illegible]wandte H. das Verfahren am Menschen an. Im ersten Falle wurde das [illegible]as Band an die Carotis communis angelegt — Indikation, Alter des P[illegible] Pat. und weitere Angaben sind nicht notiert. Mehrere Monate bestande[illegible]den noch leichte Hirnerscheinungen, die auf eine vielleicht etwas zu s[illegible] starke Konstriktion hinwiesen, aber auch wahrscheinlich machten, daß di[illegible]die Unterbindung höchst gefahrvoll gewesen wäre. Der zweite Kranke, e[illegible], eine Frau mit Aneurysma des Arcus aortae, welcher H. ein Metallba[illegible]band proximal vom Aneurysma anlegen wollte, starb vor Beendigung [illegible]g des Eingriffes auf dem Operationstische.

W. v. Brunn (Rostock).

15) **Knapp.** Die Geschwülste des rechten und linken Schläfenlappens. 134 S.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1905.

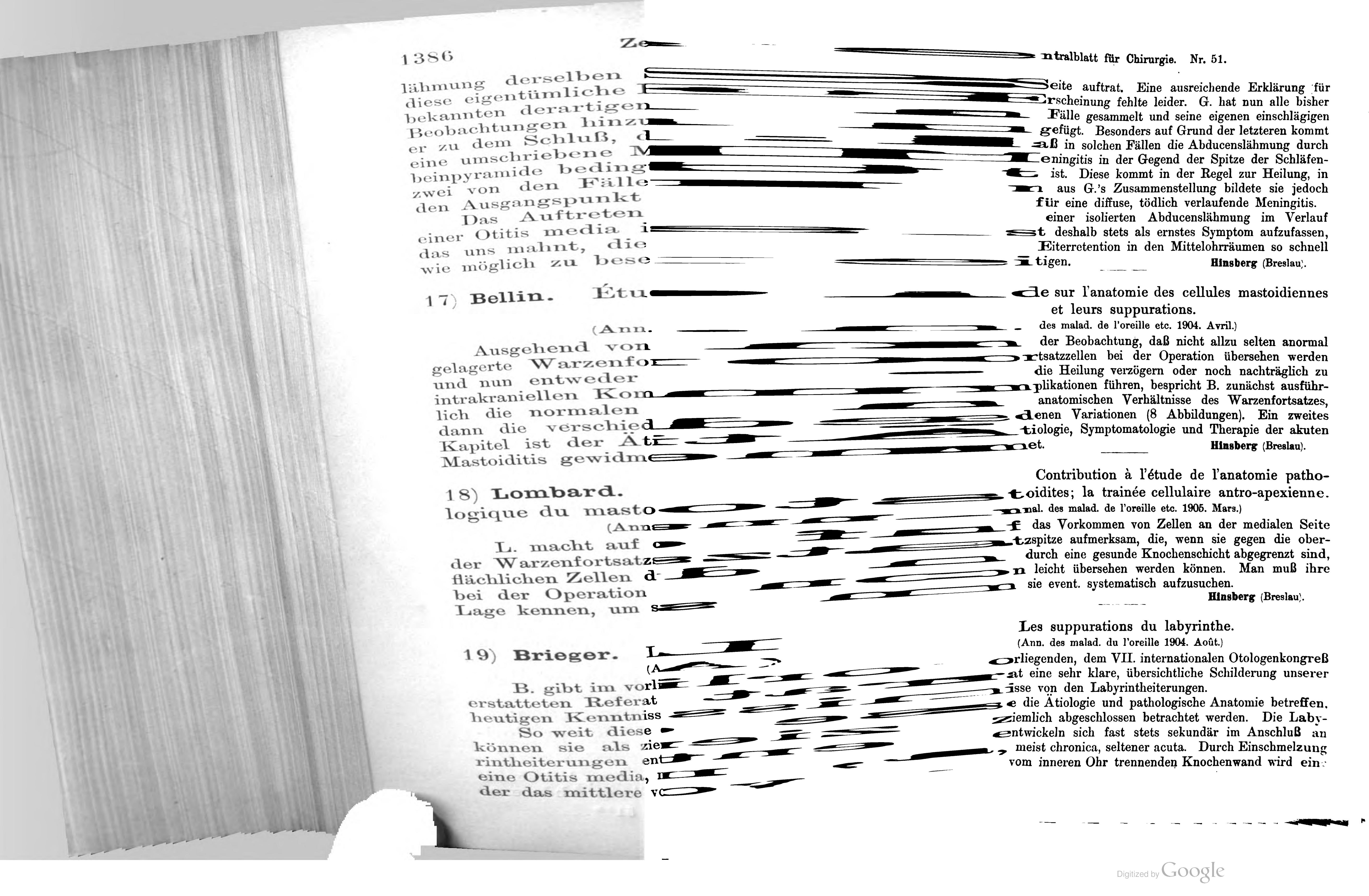
Verf. gibt in seiner dem Andenken Wernicke's gewidmeten Studie einen wertvollen Beitrag zur Kasuistik und Diagnostik der Schläfenlappengeschwülste. Zehn ausführlich wiedergegebene Krankengeschichten bilden die Grundlage der Arbeit, in der K. besonders auf die Wichtigkeit der Fernsymptome, auch indirekte Herd- und Nachbarschaftssymptome genannt, für die Lokaldiagnose der Hirngeschwülste im allgemeinen und für die Schläfenlappengeschwülste im besonderen hinweist und die er im einzelnen kritisch durchspricht. In dem Nachweis einer charakteristischen Gesetzmäßigkeit dieser Symptome sieht er die einzige Möglichkeit, auch die Geschwülste indifferenter Hirnregionen, deren Erkrankung mit keinerlei Ausfallserscheinungen — Herdsymptomen — verbunden ist, der Diagnose und operativen Therapie zugänglich zu machen. Er berichtet über einen Fall, wo auf Grund dieser Fernsymptome die genauere Ortdiagnose und damit die erfolgreiche Exstirpation einer Geschwulst des indifferenten rechten Temporallappens zum erstenmal gelungen ist. Allerdings wies auch rechtsseitiger Kopfschmerz und Klopfempfindlichkeit des rechten Scheitelbeines auf die rechte Seite hin, doch gebührt K. immerhin das Verdienst, den Schläfenlappen als Sitz der Geschwulst erkannt zu haben.

Während für den linken Schläfenlappen, im besonderen für die Wernicke'sche Stelle, die sensorische Aphasie, speziell die verbale bezüglich litterale Paraphasie, ein sicheres lokales Diagnostikum ist, besitzt der rechte kein derartiges Lokalsymptom. Deshalb sind für diesen Hirnteil die von K. für die Schläfenlappen aufgestellten Nachbarschaftssymptome von besonderem diagnostischem Werte. Sie betreffen vornehmlich das Gebiet des Oculomotorius und werden im einzelnen von K. folgendermaßen formuliert: Spät auftretende, rezidivierende, partielle Oculomotoriuslähmung, besonders gleichseitige Ptosis oder Mydriasis mit gestörter Pupillenreaktion findet sich bei Hirngeschwülsten am häufigsten, wenn die Geschwulst im Schläfenlappen sitzt. Entsteht durch Hinzutreten einer gekreuzten Hemiparese eine sog. Hemiplegia alternans superior bei einer schon längere Zeit bemerklichen Hirngeschwulst, so wird die Wahrscheinlichkeit der Diagnose Schläfenlappengeschwulst größer. Fast sicher wird sie, wenn »ein scheinbar zerebellarer Symptomenkomplex« sich zur Hemiplegia alternans hinzugesellt. **Müller** (Dresden).

16) **Gradenigo.** Sur un syndrome particulier de complications endocraniennes otitiques: Paralysie de l'abducteur d'origine otitique.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1904. Août.)

Schon früher sind vereinzelte Fälle beschrieben worden, bei denen im Verlauf einer akuten Otitis media plötzlich eine isolierte Abducens-



lähmung derselben Seite auftrat. Eine ausreichende Erklärung für diese eigentümliche Erscheinung fehlte leider. G. hat nun alle bisher bekannten derartigen Fälle gesammelt und seine eigenen einschlägigen Beobachtungen hinzugefügt. Besonders auf Grund der letzteren kommt er zu dem Schluß, daß in solchen Fällen die Abducenslähmung durch eine umschriebene Meningitis in der Gegend der Spitze der Schläfenbeinpyramide bedingt ist. Diese kommt in der Regel zur Heilung, in zwei von den Fällen aus G.'s Zusammenstellung bildete sie jedoch den Ausgangspunkt für eine diffuse, tödlich verlaufende Meningitis.

Das Auftreten einer isolierten Abducenslähmung im Verlauf einer Otitis media ist deshalb stets als ernstes Symptom aufzufassen, das uns mahnt, die Eiterretention in den Mittelohrräumen so schnell wie möglich zu beseitigen.

Hinsberg (Breslau).

17) **Bellin.** Étude sur l'anatomie des cellules mastoidiennes et leurs suppurations.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1904. Avril.)

Ausgehend von der Beobachtung, daß nicht allzu selten anormal gelagerte Warzenfortsatzzellen bei der Operation übersehen werden und nun entweder die Heilung verzögern oder noch nachträglich zu intrakraniellen Komplikationen führen, bespricht B. zunächst ausführlich die normalen anatomischen Verhältnisse des Warzenfortsatzes, dann die verschiedenen Variationen (8 Abbildungen). Ein zweites Kapitel ist der Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der akuten Mastoiditis gewidmet.

Hinsberg (Breslau).

18) **Lombard.** Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du mastoidites; la trainée cellulaire antro-apexienne.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1905. Mars.)

L. macht auf das Vorkommen von Zellen an der medialen Seite der Warzenfortsatzspitze aufmerksam, die, wenn sie gegen die oberflächlichen Zellen durch eine gesunde Knochenschicht abgegrenzt sind, bei der Operation leicht übersehen werden können. Man muß ihre Lage kennen, um sie event. systematisch aufzusuchen.

Hinsberg (Breslau).

19) **Brieger.** Les suppurations du labyrinthe.

(Ann. des malad. du l'oreille 1904. Août.)

B. gibt im vorliegenden, dem VII. internationalen Otologenkongreß erstatteten Referat eine sehr klare, übersichtliche Schilderung unserer heutigen Kenntnisse von den Labyrintheiterungen.

So weit diese die Ätiologie und pathologische Anatomie betreffen, können sie als ziemlich abgeschlossen betrachtet werden. Die Labyrintheiterungen entwickeln sich fast stets sekundär im Anschluß an eine Otitis media, meist chronica, seltener acuta. Durch Einschmelzung der das mittlere vom inneren Ohr trennenden Knochenwand wird ein-

direkte Kommunikation zwischen beiden, die den Bakterien als Eingangspforte dient, geschaffen. Prädilektionsstellen für einen derartigen Durchbruch bilden die Fenster, vor allem der ovale und der horizontale Bogengang. Die Infektion kann sich in den Labyrinthhohlräumen mehr oder weniger schnell ausbreiten oder aber durch Adhäsionsbildung auf die Gegend der Einbruchsstelle beschränkt bleiben.

Die Symptome der Otitis interna sind manchmal sehr charakteristisch: Gleichgewichtsstörungen, Nystagmus, Hörstörungen, nicht selten aber, besonders in chronischen Fällen, wenig auffallend. Die Diagnostik der Erkrankung ist noch nicht auf der Höhe und bedarf noch weiteren Ausbaues. Häufig können wir das Erkranktsein des Labyrinths erst bei der operativen Freilegung der Mittelohrräume feststellen. Die Labyrintheiterungen sind stets als ernste Erkrankungen anzusehen, da sie häufig zu Kleinhirnabszeß oder Meningitis führen.

Manchmal heilt die Erkrankung des Labyrinths nach Eröffnung der Mittelohrräume spontan aus. Ein chirurgischer Eingriff am Labyrinth ist nach B. jedoch indiziert, wenn Labyrinthsymptome erst nach der Mittelohroperation auftreten, oder wenn sie vorher vorhanden waren, nicht durch sie beseitigt werden. Ferner, wenn meningitische Symptome ein Übergreifen auf die Schädelhöhle ankünden, oder bei Komplikation durch Kleinhirnabszeß.

Das Prinzip der Behandlung beruht auf möglichst ausgedehnter Eröffnung der sämtlichen Hohlräume des inneren Ohres. Am Ostium erweitert man zunächst das vordere Fenster mit Meißel oder Fräse nach unten zu (oben liegt der Facialis), um dann eine Gegenöffnung im horizontalen Bogengang anzulegen, event. unter Benutzung einer vorhandenen Fistel.

Manchmal muß auch die Schnecke vom Promontorium aus eröffnet werden. Die Labyrinthfreilegung erzielt, wenn nicht vor der Operation eine Meningitis vorhanden war, meist Heilung, manchmal auch noch in Fällen mit Hirnhautentzündung.

Der Eingriff selbst ist, wie Ref. auf Grund eigener Erfahrungen hinzufügen möchte, ungefährlich, sofern er sachgemaß ausgeführt wird.

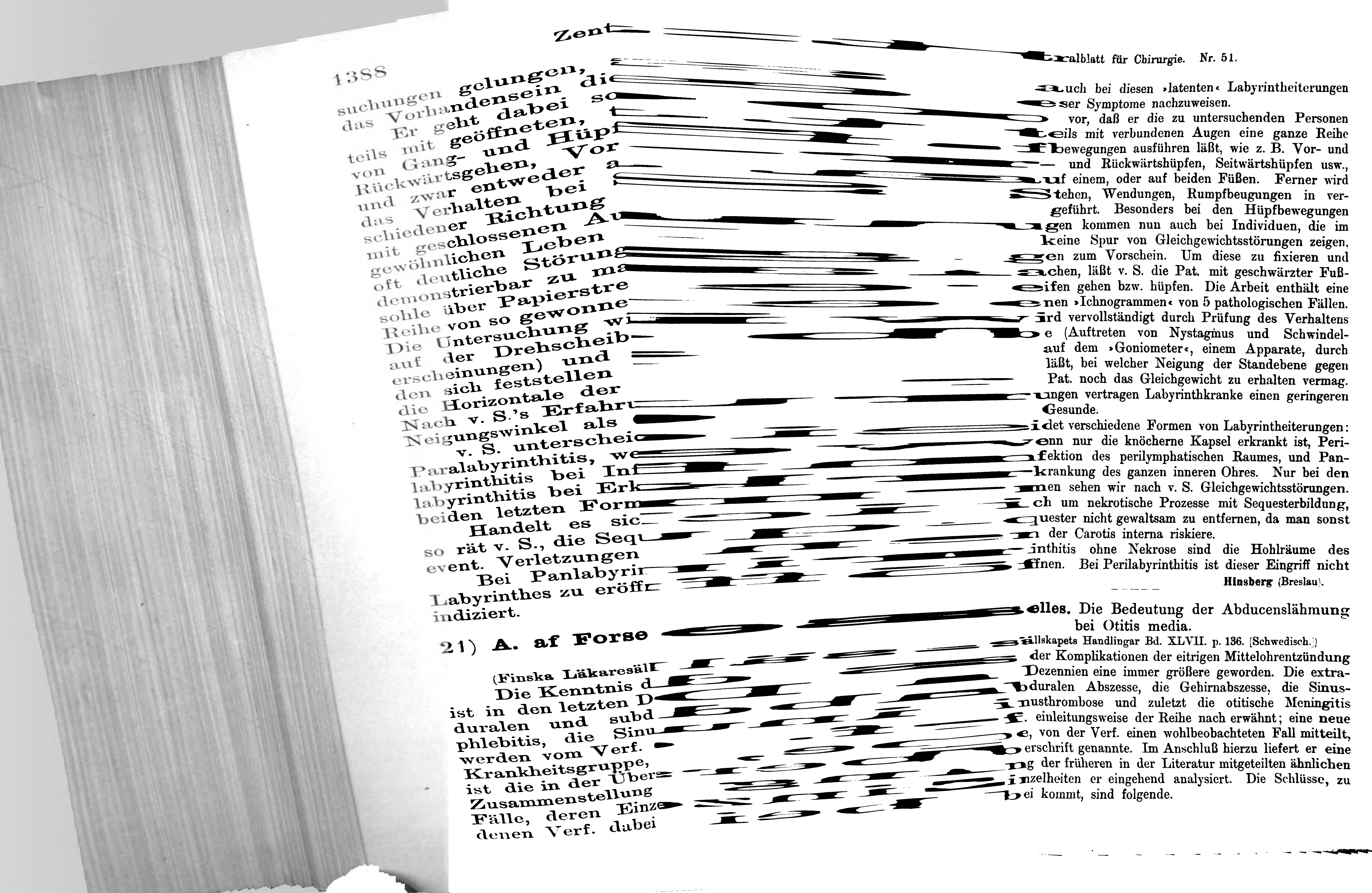
Hinsberg (Breslau).

20) **v. Stein** (Moskau). Sur le diagnostic et le traitement des suppurations du labyrinthe.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1905. Janvier.)

Die Diagnostik der Labyrintheiterungen, die bisher zum Teil noch recht viel zu wünschen übrig ließ, ist durch die vorliegende Arbeit v. S.'s (Referat auf dem VII. internationalen Otologenkongreß zu Bordeaux) wesentlich gefördert worden. Während in einem Teile der Fälle von Labyrinthitis auch früher schon auf Grund deutlich ausgeprägter Symptome, vor allem von manifesten Gleichgewichtsstörungen, die Diagnose leicht zu stellen war, schienen diese charakteristischen und für die Diagnose ausschlaggebenden Störungen in anderen Fällen ganz zu fehlen. v. S. ist es nun mit Hilfe sehr eingehender Unter-





suchungen gelungen, auch bei diesen »latenten« Labyrintheiterungen das Vorhandensein dieser Symptome nachzuweisen.

Er geht dabei so vor, daß er die zu untersuchenden Personen teils mit geöffneten, teils mit verbundenen Augen eine ganze Reihe von Gang- und Hüpfbewegungen ausführen läßt, wie z. B. Vor- und Rückwärtsgehen, Vor- und Rückwärtshüpfen, Seitwärtshüpfen usw., und zwar entweder auf einem, oder auf beiden Füßen. Ferner wird das Verhalten bei Stehen, Wendungen, Rumpfbeugungen in verschiedener Richtung geführt. Besonders bei den Hüpfbewegungen mit geschlossenen Augen kommen nun auch bei Individuen, die im gewöhnlichen Leben keine Spur von Gleichgewichtsstörungen zeigen, oft deutliche Störungen zum Vorschein. Um diese zu fixieren und demonstrierbar zu machen, läßt v. S. die Pat. mit geschwärzter Fußsohle über Papierstreifen gehen bzw. hüpfen. Die Arbeit enthält eine Reihe von so gewonnenen »Ichnogrammen« von 5 pathologischen Fällen. Die Untersuchung wird vervollständigt durch Prüfung des Verhaltens auf der Drehscheibe (Auftreten von Nystagmus und Schwindelerscheinungen) und auf dem »Goniometer«, einem Apparate, durch den sich feststellen läßt, bei welcher Neigung der Standebene gegen die Horizontale der Pat. noch das Gleichgewicht zu erhalten vermag. Nach v. S.'s Erfahrungen vertragen Labyrinthkranke einen geringeren Neigungswinkel als Gesunde.

v. S. unterscheidet verschiedene Formen von Labyrintheiterungen: Paralabyrinthitis, wenn nur die knöcherne Kapsel erkrankt ist, Perilabyrinthitis bei Infektion des perilymphatischen Raumes, und Panlabyrinthitis bei Erkrankung des ganzen inneren Ohres. Nur bei den beiden letzten Formen sehen wir nach v. S. Gleichgewichtsstörungen.

Handelt es sich um nekrotische Prozesse mit Sequesterbildung, so rät v. S., die Sequester nicht gewaltsam zu entfernen, da man sonst event. Verletzungen der Carotis interna riskiere.

Bei Panlabyrinthitis ohne Nekrose sind die Hohlräume des Labyrinthes zu eröffnen. Bei Perilabyrinthitis ist dieser Eingriff nicht indiziert.

Hinsberg (Breslau).

21) **A. af Forselles. Die Bedeutung der Abducenslähmung bei Otitis media.**

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLVII. p. 136. [Schwedisch.])

Die Kenntnis der Komplikationen der eitrigen Mittelohrentzündung ist in den letzten Dezennien eine immer größere geworden. Die extraduralen und subduralen Abszesse, die Gehirnabszesse, die Sinusphlebitis, die Sinusthrombose und zuletzt die otitische Meningitis werden vom Verf. einleitungsweise der Reihe nach erwähnt; eine neue Krankheitsgruppe, von der Verf. einen wohlbeobachteten Fall mitteilt, ist die in der Überschrift genannte. Im Anschluß hierzu liefert er eine Zusammenstellung der früheren in der Literatur mitgeteilten ähnlichen Fälle, deren Einzelheiten er eingehend analysiert. Die Schlüsse, zu denen Verf. dabei kommt, sind folgende.

Im Verlaufe einer eitrigen, in den meisten Fällen akuten Mittelohrentzündung tritt unter schwerem Kopfweh, das meistens in die Temporal- und die Parietalgegend ausstrahlt, Paralyse oder Parese des Abducens der gleichnamigen Seite ein. In einigen Fällen folgt Tod an eitriger Meningitis, die meisten Fälle dagegen gehen, mit oder ohne Operation, in Heilung über.

Aller Wahrscheinlichkeit nach handelt es sich um eine Meningitis, und zwar aus einer bis an die Spitze des Felsenbeins fortgeleitete Infektion, obschon die aus den Lehrbüchern bekannten sog. meningealen Symptome nicht selten fehlen oder nur wenig ausgeprägt sind.

Therapeutisch ist unter allen Umständen Trepanation des Warzenfortsatzes angezeigt, und, wenn diese in den nächsten Tagen nicht ausreichen sollte, die Freilegung der Schädelhöhle in der Fossa media.

Hansson (Cimbrishamn).

---

22) **Toubert.** Influence de la cure des otites suppurées sur certaines affections mentales concomitantes.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1904. May.)

T. teilt eine Reihe von interessanten Beobachtungen mit, bei denen eine Psychose kurze Zeit nach der operativen Beseitigung einer Ohreiterung ebenfalls ausheilte. Wenn es sich vielleicht auch in einem Teile der Fälle um ein zufälliges Zusammentreffen gehandelt haben kann, so ist diese Annahme nach T. doch kaum für alle zutreffend. Eine Erklärung des Zusammenhanges ist allerdings mit Sicherheit nicht zu geben. T. glaubt, am ehesten eine Reflexwirkung vom Ohr aus aufs Gehirn annehmen zu dürfen. Praktisch ist aus den vorliegenden Beobachtungen zu folgern, daß Ohreiterungen bei Geisteskranken ebenso energisch, event. operativ, behandelt werden müssen, wie bei Geistesgesunden.

Hinsberg (Breslau).

---

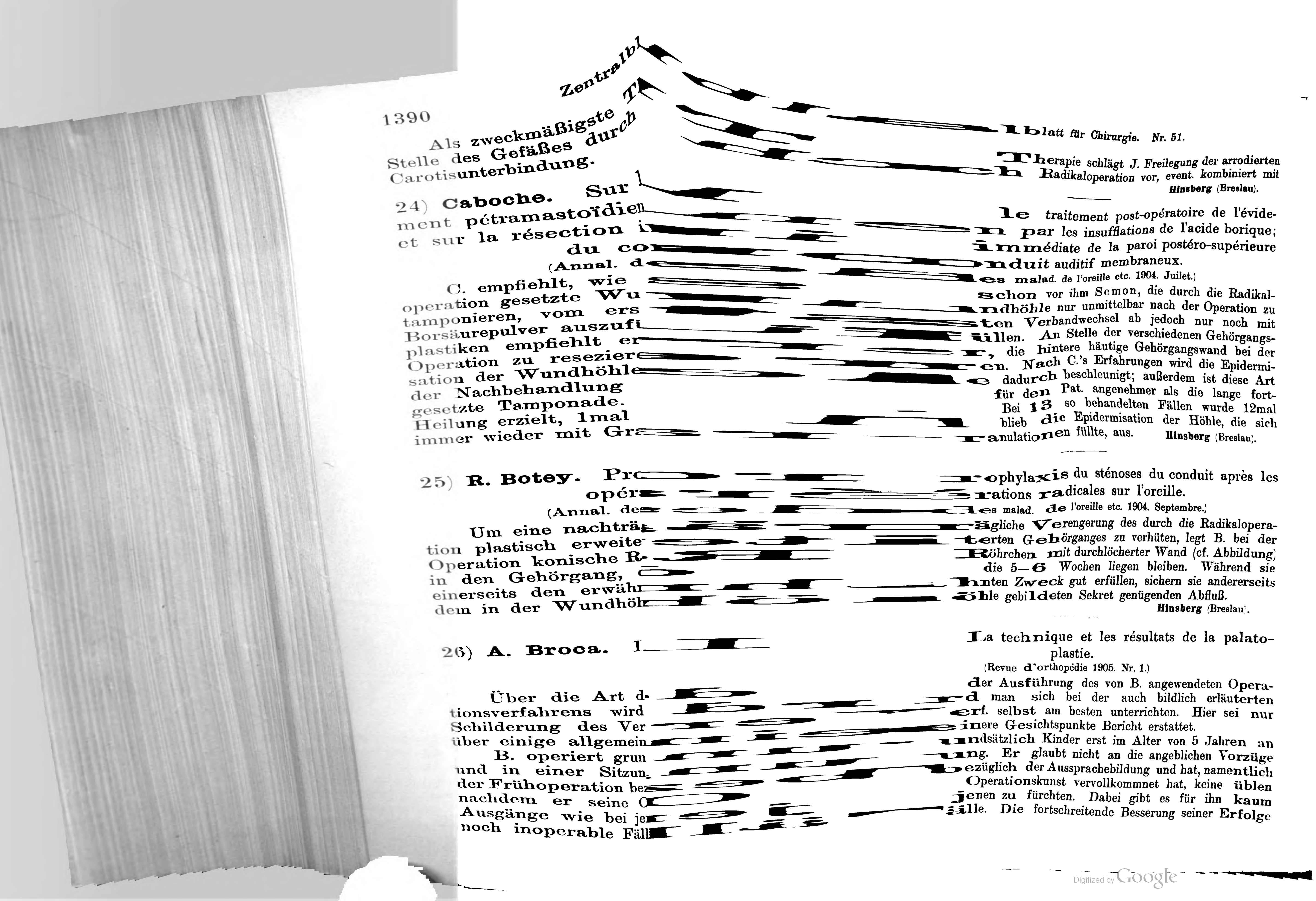
23) **Jourdin.** Les lésions du canal carotidien et les hémorrhagies de la carodite interne dans les caries du rocher.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1904. Novembre.)

Arrosionen des Carotiskanales und der Carotis interna selbst durch kariöse Prozesse am Schläfenbein sind häufiger, als man nach den Angaben in den otiatrischen Lehrbüchern annehmen konnte. J. gelang es, 54 derartige Fälle aus der Literatur zu sammeln, die, neben drei eigenen Beobachtungen, das Material für die vorliegende Arbeit bilden.

Als wichtigstes Resultat der sehr eingehenden Betrachtungen über die anatomischen Verhältnisse, Ätiologie usw. sei hervorgehoben, daß die Diagnose der Carotisarrosion in den seltensten Fällen zu stellen ist, ehe die Blutung erfolgt. Prognostisch sind die Ohrblutungen infolge von Arrosion der Carotis sehr ungünstig: Bei rechtzeitiger Unterbindung der Carotis betrug die Mortalität 42%, ohne diesen Eingriff gingen alle Pat. zugrunde.





Als zweckmäßigste Therapie schlägt J. Freilegung der arrodierten Stelle des Gefäßes durch Radikaloperation vor, event. kombiniert mit Carotisunterbindung.

Hinsberg (Breslau).

24) **Caboche.** Sur le traitement post-opératoire de l'évidement pétramastoïdien par les insufflations de l'acide borique; et sur la résection immédiate de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif membraneux.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1904. Juilet.)

C. empfiehlt, wie schon vor ihm Semon, die durch die Radikaloperation gesetzte Wundhöhle nur unmittelbar nach der Operation zu tamponieren, vom ersten Verbandwechsel ab jedoch nur noch mit Borsäurepulver auszufüllen. An Stelle der verschiedenen Gehörgangsplastiken empfiehlt er, die hintere häutige Gehörgangswand bei der Operation zu resezieren. Nach C.'s Erfahrungen wird die Epidermisation der Wundhöhle dadurch beschleunigt; außerdem ist diese Art der Nachbehandlung für den Pat. angenehmer als die lange fortgesetzte Tamponade. Bei 13 so behandelten Fällen wurde 12mal Heilung erzielt, 1mal blieb die Epidermisation der Höhle, die sich immer wieder mit Granulationen füllte, aus.

Hinsberg (Breslau).

25) **R. Botey.** Prophylaxis du sténoses du conduit après les opérations radicales sur l'oreille.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1904. Septembre.)

Um eine nachträgliche Verengerung des durch die Radikaloperation plastisch erweiterten Gehörganges zu verhüten, legt B. bei der Operation konische Röhrchen mit durchlöcherter Wand (cf. Abbildung) in den Gehörgang, die 5—6 Wochen liegen bleiben. Während sie einerseits den erwähnten Zweck gut erfüllen, sichern sie andererseits dem in der Wundhöhle gebildeten Sekret genügenden Abfluß.

Hinsberg (Breslau).

26) **A. Broca.** La technique et les résultats de la palatoplastie.

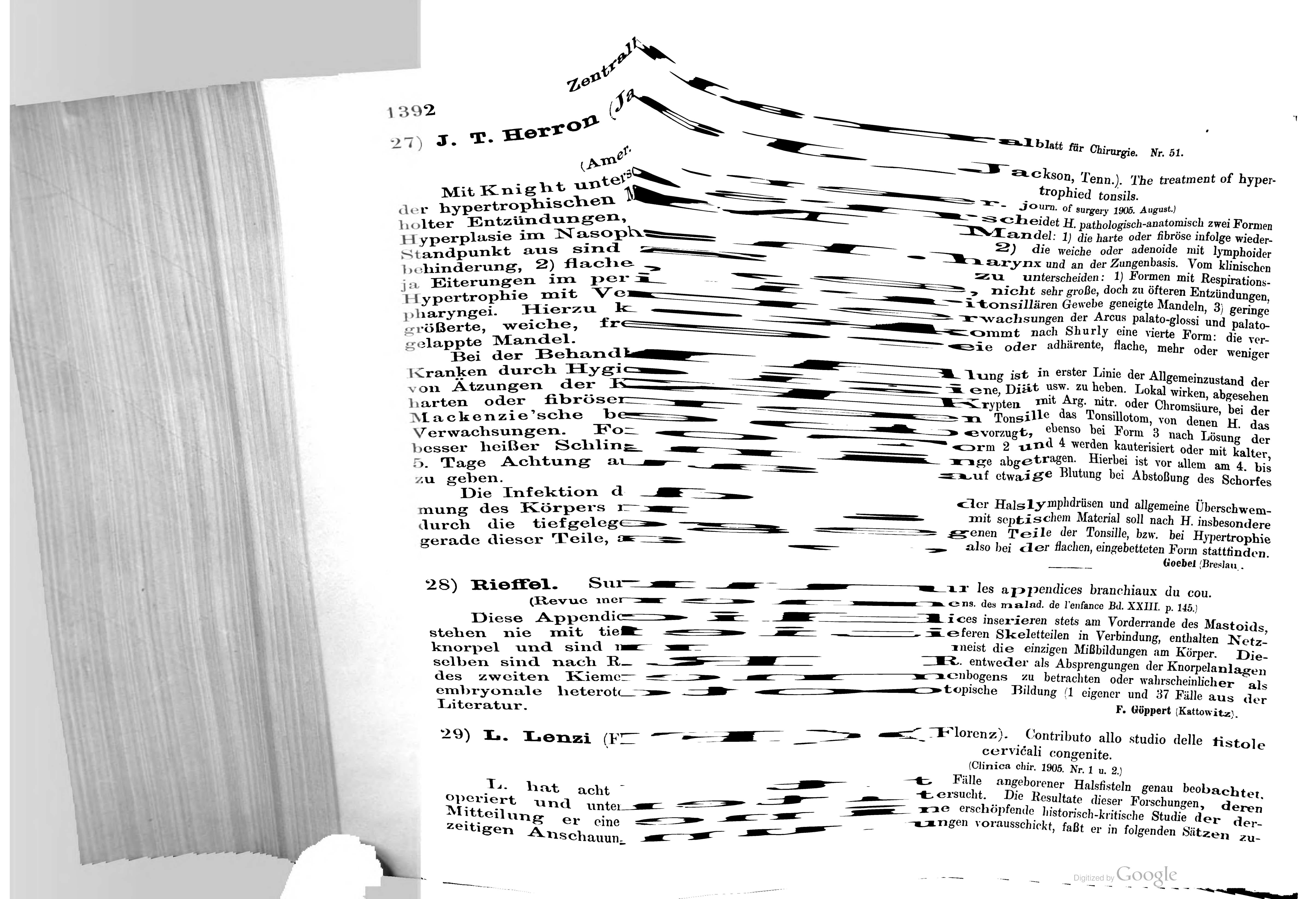
(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Über die Art der Ausführung des von B. angewendeten Operationsverfahrens wird man sich bei der auch bildlich erläuterten Schilderung des Verf. selbst am besten unterrichten. Hier sei nur über einige allgemeinere Gesichtspunkte Bericht erstattet.

B. operiert grundsätzlich Kinder erst im Alter von 5 Jahren an und in einer Sitzung. Er glaubt nicht an die angeblichen Vorzüge der Frühoperation bezüglich der Aussprachebildung und hat, namentlich nachdem er seine Operationskunst vervollkommnet hat, keine üblen Ausgänge wie bei jenen zu fürchten. Dabei gibt es für ihn kaum noch inoperable Fälle. Die fortschreitende Besserung seiner Erfolge

erhellt aus der Zusammenstellung seiner Fälle aus zwei Perioden. Bis zum Jahre 1895 hat er über 25 Fälle berichtet, von denen 2 im Anschluß an die Operation gestorben waren, einer an Blutung, einer an Bronchopneumonie. Von den übrigen 23 Kindern sind 19 = 82,6% vollkommen geheilt, davon 13 = 56,52% in einer Sitzung, 6 = 26,02% in zwei Sitzungen. In die Zeit vom September 1895 bis Schluß des Jahres 1904 fallen 107 Operationen an 92 Pat., von denen 11 zweimal, 2 dreimal operiert worden sind. Hier ist kein Todesfall mehr. Seine Gesamtstatistik von 138 Operationen hat also nur zwei Todesfälle gehabt, von denen B. einen (die Blutung) sich selbst als »Anfänger« zur Last legt, einen, die Pneumonie, der Operation. Unter diesen 117 Pat. waren 12 zwischen 3½ bis 5 Jahren, keiner jünger als 3½ Jahr. Gegenüber diesem günstigen Zahlenausweis stehen die Todesstatistiken der beiden Hauptverfechter der Frühoperation Wolff, bei welchem er eine solche von 7,5% im Alter unter 6 Jahren und Ehrmann mit 11,76% (aus der Literatur zusammengestellt) herausrechnet. Allerdings hat der letztere nach eigenen Erfahrungen mit zweizeitiger Operation auf 41 Fälle mit 25 unter 6 Jahren auch keinen Todesfall mehr gehabt. Die Frage, ob es sich wirklich empfehlen würde, die Altersgrenze für die Operation mit Hilfe der zweizeitigen Operation vorzuschieben, sucht B. durch Zahlengegenüberstellungen zu beantworten mit folgender Argumentation: Unter Abrechnung von 6 Fällen, über deren Schicksal er nichts weiß, und den Fällen seiner ersten Periode benutzt er für seine eigene Statistik 86 Fälle, für welche er 70% vollständige Heilungen nach einer Operation (46 per primam, 16 mit spontaner Sekundärheilung) 14% nach mehrfachen Operationen und 11,6% Mißerfolge (davon 2 unheilbar, 8 »sicherlich« noch heilbar) herausrechnet (wo bleiben die übrigen 4,4%? Ref.). Dagegen rechnet er aus der Ehrmann'schen Statistik (Fälle bis 1892!) im Alter von 6—12 Jahren heraus 57,1% Heilung nach einer Operation, 35,7% Heilung nach Nachoperationen, 3,6% Tod, 3,6% Mißerfolge (sind zusammen auch nur 98%). Aus der Ehrmann'schen zweiten Serie mit zweizeitigen Operationen bei Kindern im Alter von 6—12 Jahren kommen 70% glatte Heilungen, 30% Heilungen nach Ergänzungsoperationen, kein Tod, kein Mißerfolg heraus, was »genau seinen eigenen Erfolgen entsprechen soll« (aber doch nicht zahlenmäßig! Ref.). Nun soll aber die zweizeitige Operation nach Ehrmann ihre wahre wohltätige Wirkung zeigen für Kinder im Alter von 2—6 Jahren, wo sie zu derselben günstigen Statistik verhilft, wie später, während die einzeitige Operation in diesem Alter nur 37,5% glatte Heilung, 45,8% Heilung mittels Nachoperation, 8,4% Tod, 4,2% Mißerfolge ergibt (fehlen 4,1%). Doch will B. diese Überlegenheit nicht anerkennen, da er zwar 2 Kinder im Alter von 3½ Jahren mit einem vollen Erfolg und einem Mißerfolg operiert hat, im übrigen aber 7 Kinder im Alter von 4—5 Jahren stets mit Erfolg.

Herm. Frank (Berlin).



27) **J. T. Herron** (Jackson, Tenn.). *The treatment of hypertrophied tonsils.*
(Amer. journ. of surgery 1905. August.)

Mit Knight unterscheidet H. pathologisch-anatomisch zwei Formen der hypertrophischen Mandel: 1) die harte oder fibröse infolge wiederholter Entzündungen, 2) die weiche oder adenoide mit lymphoider Hyperplasie im Nasopharynx und an der Zungenbasis. Vom klinischen Standpunkt aus sind zu unterscheiden: 1) Formen mit Respirationsbehinderung, 2) flache, nicht sehr große, doch zu öfteren Entzündungen, ja Eiterungen im peritonsillären Gewebe geneigte Mandeln, 3) geringe Hypertrophie mit Verwachsungen der Arcus palato-glossi und palato-pharyngei. Hierzu kommt nach Shurly eine vierte Form: die vergrößerte, weiche, freie oder adhärente, flache, mehr oder weniger gelappte Mandel.

Bei der Behandlung ist in erster Linie der Allgemeinzustand der Kranken durch Hygiene, Diät usw. zu heben. Lokal wirken, abgesehen von Ätzungen der Krypten mit Arg. nitr. oder Chromsäure, bei der harten oder fibrösen Tonsille das Tonsillotom, von denen H. das Mackenzie'sche bevorzugt, ebenso bei Form 3 nach Lösung der Verwachsungen. Form 2 und 4 werden kauterisiert oder mit kalter, besser heißer Schlinge abgetragen. Hierbei ist vor allem am 4. bis 5. Tage Achtung auf etwaige Blutung bei Abstoßung des Schorfes zu geben.

Die Infektion der Halslymphdrüsen und allgemeine Überschwemmung des Körpers mit septischem Material soll nach H. insbesondere durch die tiefgelegenen Teile der Tonsille, bzw. bei Hypertrophie gerade dieser Teile, also bei der flachen, eingebetteten Form stattfinden.

Goebel (Breslau).

28) **Rieffel.** Sur les appendices branchiaux du cou.
(Revue mens. des malad. de l'enfance Bd. XXIII. p. 145.)

Diese Appendices inserieren stets am Vorderrande des Mastoids, stehen nie mit tieferen Skeletteilen in Verbindung, enthalten Netzknorpel und sind meist die einzigen Mißbildungen am Körper. Dieselben sind nach R. entweder als Absprengungen der Knorpelanlagen des zweiten Kiemenbogens zu betrachten oder wahrscheinlicher als embryonale heterotopische Bildung (1 eigener und 37 Fälle aus der Literatur.

F. Göppert (Kattowitz).

29) **L. Lenzi** (Florenz). Contributo allo studio delle fistole cervicali congenite.
(Clinica chir. 1905. Nr. 1 u. 2.)

L. hat acht Fälle angeborener Halsfisteln genau beobachtet, operiert und untersucht. Die Resultate dieser Forschungen, deren Mitteilung er eine erschöpfende historisch-kritische Studie der derzeitigen Anschauungen vorausschickt, faßt er in folgenden Sätzen zu-

sammen: Die Trennung der sog. branchiogenen Fisteln in laterale und mediane muß ihrer verschiedenen Pathogenese wegen aufrecht erhalten werden. Nur die lateralen sind wahre branchio»gene«, die medianen stehen fast immer in engstem Zusammenhange mit dem Isthmus der Schilddrüse. Die kompletten seitlichen, subhyoiden Halsfisteln hängen in ihrem unteren Abschnitte von einem unterbrochenen Verschluß des Sinus praecervicalis ab. Ihr oberer Teil entspricht stets der zweiten Rachentasche. Die inkompletten seitlichen, äußeren, subhyoiden Fisteln entsprechen dem Sinus praecervicalis, wären ursprünglich durchgehende, deren oberer Teil verödet. Der häufige Befund mit diesen Fisteln direkt zusammenhängender Gebilde vom Bau der Speicheldrüsen erhärtet die Abstammung von der zweiten Rachentasche. Manche mediane Fisteln stimmen im Bau, in ihrem tieferen Verlauf und ihren anatomischen Beziehungen mit den lateralen Fisteln überein, von denen sie nur die zufällige äußere Mündungsstelle unterscheidet, sind also keine echten medianen Fisteln. Im Gegensatze zur bisher allgemein geteilten Ansicht vom Ursprunge der medianen Fisteln aus der Persistenz eines Ductus thyreoglossus ist zu betonen, daß auf Grund neuer embryologischer Tatsachen dieses Organ de norma überhaupt nicht existiert, auch nicht vorübergehend nachweisbar ist. Es gibt, und zwar nur während ganz kurzer Zeit, ein solides Organ, den Tractus thyreoglossus. Die echten medianen Halsfisteln entsprechen der Lage dieses Organes; sie enthalten in ihrer Wand Schilddrüsenfollikel. Aber aus den Tatsachen der normalen Embryologie ist ihre Entstehung noch nicht zu erklären; möglicherweise gibt eine Kenntnis pathologischer Vorgänge im Embryonalleben mehr Aufschluß. Dies um so mehr, als ihr Vorkommen oft mit anderen Entwicklungsstörungen zusammenfällt, speziell solchen der Gesichts- und Halsorgane.

J. Sternberg (Wien).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin. Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Olshausen.)

»Hebelklemme« zum Öffnen und Ausheben der Michel'schen Wundspangen.

Von

Dr. **Rudolf Jolly,** I. Assistenzarzt der Klinik.

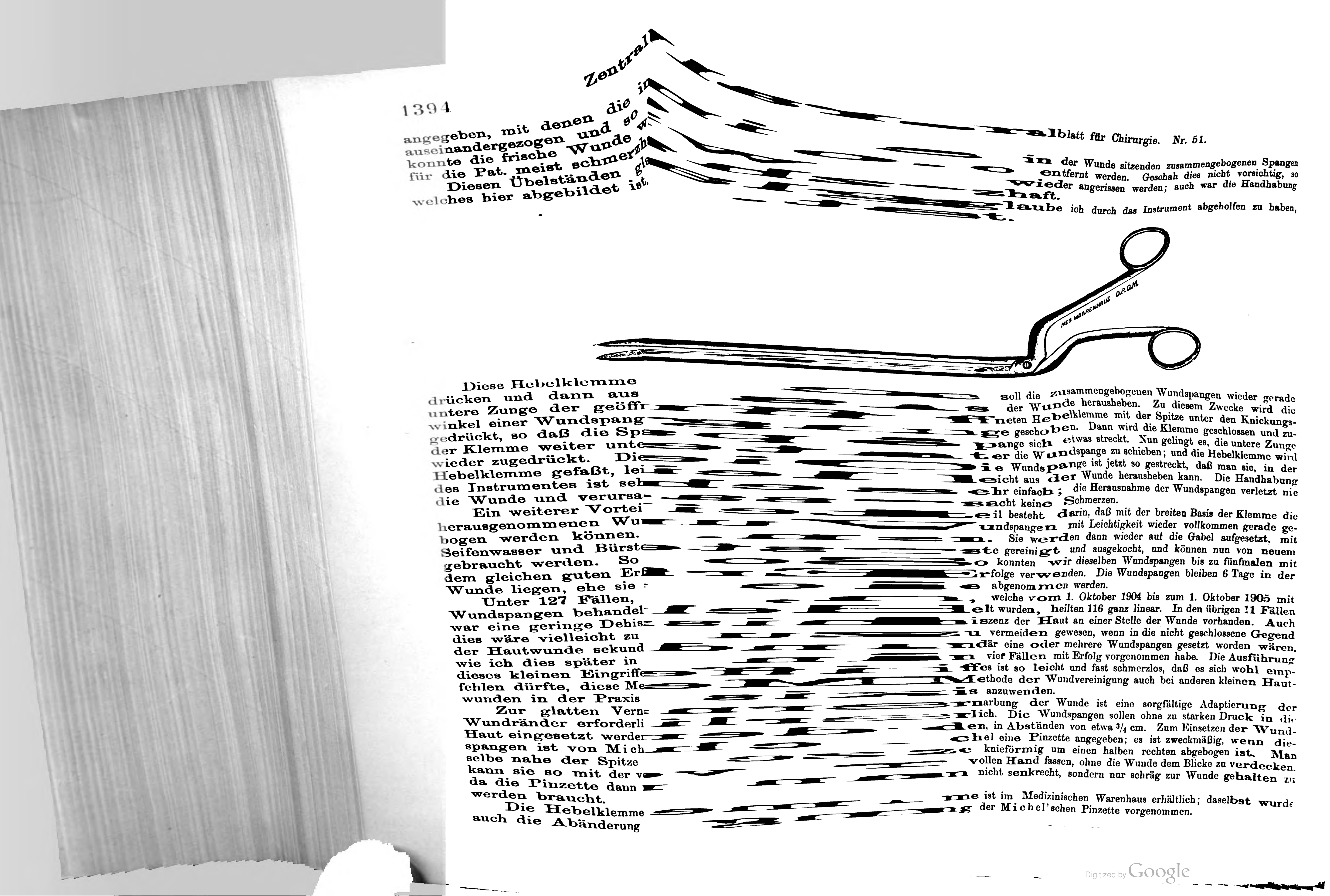
Seit einem Jahre kommen an der Universitäts-Frauenklinik von Herrn Geh.-Rat Olshausen die von Michel angegebenen Wundspangen häufig zur Anwendung. Sie ersetzen bei Bauchoperationen die sonst übliche Nahtvereinigung der Hautwundränder. Die Vereinigung der tieferen Schichten ist dabei unverändert.

Wenn die bis dahin angewandte Nahtmethode auch in jeder Weise befriedigt hat, so kommen bei Ersatz der Hautnaht durch die Michel'schen Wundspangen doch noch strichförmigere feinere Narben zustande. Nur die spätere Herausnahme der Spangen erwies sich als umständlich. Von Michel sind hierfür zwei Haken



angegeben, mit denen die in der Wunde sitzenden zusammengebogenen Spangen auseinandergezogen und so entfernt werden. Geschah dies nicht vorsichtig, so konnte die frische Wunde wieder angerissen werden; auch war die Handhabung für die Pat. meist schmerzhaft.

Diesen Übelständen glaube ich durch das Instrument abgeholfen zu haben, welches hier abgebildet ist.



Diese Hebelklemme soll die zusammengebogenen Wundspangen wieder gerade drücken und dann aus der Wunde herausheben. Zu diesem Zwecke wird die untere Zunge der geöffneten Hebelklemme mit der Spitze unter den Knickungswinkel einer Wundspange geschoben. Dann wird die Klemme geschlossen und zugedrückt, so daß die Spange sich etwas streckt. Nun gelingt es, die untere Zunge der Klemme weiter unter die Wundspange zu schieben; und die Hebelklemme wird wieder zugedrückt. Die Wundspange ist jetzt so gestreckt, daß man sie, in der Hebelklemme gefaßt, leicht aus der Wunde herausheben kann. Die Handhabung des Instrumentes ist sehr einfach; die Herausnahme der Wundspangen verletzt nie die Wunde und verursacht keine Schmerzen.

Ein weiterer Vorteil besteht darin, daß mit der breiten Basis der Klemme die herausgenommenen Wundspangen mit Leichtigkeit wieder vollkommen gerade gebogen werden können. Sie werden dann wieder auf die Gabel aufgesetzt, mit Seifenwasser und Bürste gereinigt und ausgekocht, und können nun von neuem gebraucht werden. So konnten wir dieselben Wundspangen bis zu fünfmalen mit dem gleichen guten Erfolge verwenden. Die Wundspangen bleiben 6 Tage in der Wunde liegen, ehe sie abgenommen werden.

Unter 127 Fällen, welche vom 1. Oktober 1904 bis zum 1. Oktober 1905 mit Wundspangen behandelt wurden, heilten 116 ganz linear. In den übrigen 11 Fällen war eine geringe Dehiszenz der Haut an einer Stelle der Wunde vorhanden. Auch dies wäre vielleicht zu vermeiden gewesen, wenn in die nicht geschlossene Gegend der Hautwunde sekundär eine oder mehrere Wundspangen gesetzt worden wären, wie ich dies später in vier Fällen mit Erfolg vorgenommen habe. Die Ausführung dieses kleinen Eingriffes ist so leicht und fast schmerzlos, daß es sich wohl empfehlen dürfte, diese Methode der Wundvereinigung auch bei anderen kleinen Hautwunden in der Praxis anzuwenden.

Zur glatten Vernarbung der Wunde ist eine sorgfältige Adaptierung der Wundränder erforderlich. Die Wundspangen sollen ohne zu starken Druck in die Haut eingesetzt werden, in Abständen von etwa 3/4 cm. Zum Einsetzen der Wundspangen ist von Michel eine Pinzette angegeben; es ist zweckmäßig, wenn dieselbe nahe der Spitze knieförmig um einen halben rechten abgebogen ist. Man kann sie so mit der vollen Hand fassen, ohne die Wunde dem Blicke zu verdecken, da die Pinzette dann nicht senkrecht, sondern nur schräg zur Wunde gehalten zu werden braucht.

Die Hebelklemme ist im Medizinischen Warenhaus erhältlich; daselbst wurde auch die Abänderung der Michel'schen Pinzette vorgenommen.

(Aus der chirurgischen Abteilung des k. und k. Garnisonspitals Nr. 13
in Theresienstadt.)

Zur subkutanen Verlagerung des Omentum.

Von

Dr. **Karl Elbogen,** k. und k. Stabsarzt,
Abteilungs-Chefarzt.

In Nr. 32 d. Bl. vom 12. August 1905 hat Prof. Narath eine Methode der Talma'schen Operation beschrieben und zur Nachprüfung empfohlen, die wegen ihrer Einfachheit und der Entbehrlichkeit der Narkose sehr geeignet erscheint, zur größeren Verbreitung dieser Operation beizutragen.

Kurze Zeit darauf kam ein Fall in meine Behandlung, in welchem ich diese Operationsmethode anwandte, und das erzielte, überaus günstige Resultat, welches die dem Verfahren nachgerühmten Vorteile vollinhaltlich bestätigte und insbesondere einen weiteren Beweis dafür erbrachte, daß die Einnähung eines Netzzipfels in eine subkutane Tasche tatsächlich zur Herbeiführung ausgedehnter Anastomosen zwischen der Pfortader und dem Hohlvenengebiete genügt, dürfte die kurze Anführung der hierbei gemachten Beobachtungen rechtfertigen.

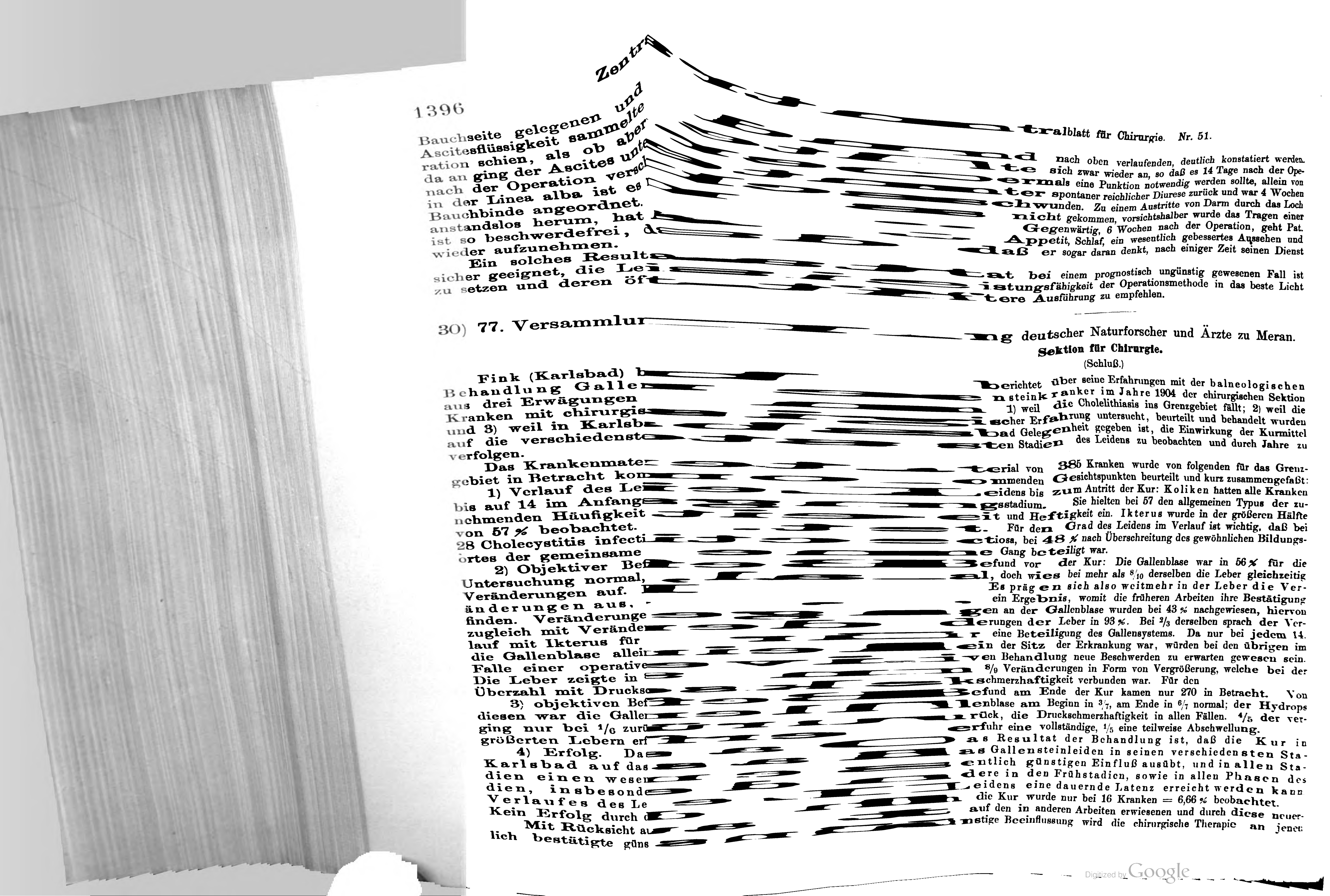
Der Fall, welcher andernorts ausführlicher erörtert werden soll, betraf einen 52jährigen Militärbeamten, bei welchem zu einer seit mehreren Monaten bestehenden Lebercirrhose im Sommer d. J. ein Ascites hinzugetreten war. Mitte September waren von anderer Seite durch Punktion etwa $5^1/_2$ Liter Flüssigkeit entleert worden, jedoch war etwa 3 Wochen später der Ascites wieder in früherem Maße vorhanden, und machte eine abermalige Entleerung notwendig.

Da einerseits die Prognose durchaus ungünstig schien, andererseits der Kräftezustand noch ziemlich befriedigend war, hielt ich einen Versuch mit der Talmaoperation für angezeigt und führte dieselbe am 10. Oktober 1905 genau nach der von Narath angegebenen Methode aus, zu welcher ich nur folgendes bemerken möchte:

Die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie genügte vollkommen; nur das Fassen des Peritoneums bei der Naht und die Bildung der subkutanen Tasche waren ein wenig empfindlich, ansonsten verlief die Operation ganz schmerzlos. Der Hautschnitt wurde 9 cm lang, die Öffnung im Peritoneum dagegen behufs langsamer Entleerung der Flüssigkeit nur klein gemacht und später nur soviel erweitert, um die mit Gummischläuchen armierten Metallkatheter zur Ausheberung der Flüssigkeit aus den tieferen Bauchpartien einführen zu können; die Ausheberung ging anstandslos vor sich. Infolge der Kleinheit der Peritonealöffnung, durch welche letztere nur Darm sichtbar war, machte die Aufsuchung des Netzes einige Schwierigkeiten; schließlich wurde dasselbe hoch hinaufgeschlagen vorgefunden und mit einiger Mühe ein Zipfel desselben mittels Pinzette herunter- und zur Wunde herausgezogen. Für ähnliche Fälle würde es sich empfehlen, eine Pinzette oder Kornzange mit längeren, glatten oder gummiüberzogenen Branchen zum Aufsuchen und Vorziehen des Netzes bereit zu halten. Der Netzzipfel, etwa 12 cm lang, an der Basis etwa zweifingerdick und zahlreiche bis federkieldicke Venen enthaltend, wurde an der Peritonealöffnung mit sechs, in der stumpf gebildeten subkutanen Tasche mit drei Nähten fixiert. Ligaturen waren nicht erforderlich.

Der Verlauf war ein glatter und außerordentlich günstiger. Pat. machte überhaupt nicht den Eindruck, als ob an ihm ein größerer Eingriff gemacht worden wäre. Ein Ödem der Bauchhaut, wie es Narath gewöhnlich beobachtet hat, trat nicht auf; dagegen konnten alle von ihm angegebenen Veränderungen an den Bauchdecken, und zwar zu Ende der 2. Woche feine Venennetze über dem verlagerten Netzzipfel, später solche auf der ganzen linken Bauchseite und schließlich die stärkere Füllung der größeren Venenstämme, hauptsächlich der auf der linken





Bauchseite gelegenen und [illegible] nach oben verlaufenden, deutlich konstatiert werden. Ascitesflüssigkeit sammelte sich zwar wieder an, so daß es 14 Tage nach der Operation schien, als ob abermals eine Punktion notwendig werden sollte, allein von da an ging der Ascites unter spontaner reichlicher Diurese zurück und war 4 Wochen nach der Operation verschwunden. Zu einem Austritte von Darm durch das Loch in der Linea alba ist es nicht gekommen, vorsichtshalber wurde das Tragen einer Bauchbinde angeordnet. Gegenwärtig, 6 Wochen nach der Operation, geht Pat. anstandslos herum, hat Appetit, Schlaf, ein wesentlich gebessertes Aussehen und ist so beschwerdefrei, daß er sogar daran denkt, nach einiger Zeit seinen Dienst wieder aufzunehmen.

Ein solches Resultat bei einem prognostisch ungünstig gewesenen Fall ist sicher geeignet, die Leistungsfähigkeit der Operationsmethode in das beste Licht zu setzen und deren öftere Ausführung zu empfehlen.

30) 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Meran.

Sektion für Chirurgie.

(Schluß.)

Fink (Karlsbad) berichtet über seine Erfahrungen mit der balneologischen Behandlung Gallensteinkranker im Jahre 1904 der chirurgischen Sektion aus drei Erwägungen 1) weil die Cholelithiasis ins Grenzgebiet fällt; 2) weil die Kranken mit chirurgischer Erfahrung untersucht, beurteilt und behandelt wurden und 3) weil in Karlsbad Gelegenheit gegeben ist, die Einwirkung der Kurmittel auf die verschiedensten Stadien des Leidens zu beobachten und durch Jahre zu verfolgen.

Das Krankenmaterial von 385 Kranken wurde von folgenden für das Grenzgebiet in Betracht kommenden Gesichtspunkten beurteilt und kurz zusammengefaßt:

1) Verlauf des Leidens bis zum Antritt der Kur: Koliken hatten alle Kranken bis auf 14 im Anfangsstadium. Sie hielten bei 57 den allgemeinen Typus der zunehmenden Häufigkeit und Heftigkeit ein. Ikterus wurde in der größeren Hälfte von 57% beobachtet. Für den Grad des Leidens im Verlauf ist wichtig, daß bei 28 Cholecystitis infectiosa, bei 48% nach Überschreitung des gewöhnlichen Bildungsortes der gemeinsame Gang beteiligt war.

2) Objektiver Befund vor der Kur: Die Gallenblase war in 56% für die Untersuchung normal, doch wies bei mehr als 8/10 derselben die Leber gleichzeitig Veränderungen auf. Es prägen sich also weitmehr in der Leber die Veränderungen aus, ein Ergebnis, womit die früheren Arbeiten ihre Bestätigung finden. Veränderungen an der Gallenblase wurden bei 43% nachgewiesen, hiervon zugleich mit Veränderungen der Leber in 93%. Bei 2/3 derselben sprach der Verlauf mit Ikterus für eine Beteiligung des Gallensystems. Da nur bei jedem 14. die Gallenblase allein der Sitz der Erkrankung war, würden bei den übrigen im Falle einer operativen Behandlung neue Beschwerden zu erwarten gewesen sein. Die Leber zeigte in 8/9 Veränderungen in Form von Vergrößerung, welche bei der Überzahl mit Druckschmerzhaftigkeit verbunden war. Für den

3) objektiven Befund am Ende der Kur kamen nur 270 in Betracht. Von diesen war die Gallenblase am Beginn in 3/7, am Ende in 6/7 normal; der Hydrops ging nur bei 1/6 zurück, die Druckschmerzhaftigkeit in allen Fällen. 4/5 der vergrößerten Lebern erfuhr eine vollständige, 1/5 eine teilweise Abschwellung.

4) Erfolg. Das Resultat der Behandlung ist, daß die Kur in Karlsbad auf das Gallensteinleiden in seinen verschiedensten Stadien einen wesentlich günstigen Einfluß ausübt, und in allen Stadien, insbesondere in den Frühstadien, sowie in allen Phasen des Verlaufes des Leidens eine dauernde Latenz erreicht werden kann. Kein Erfolg durch die Kur wurde nur bei 16 Kranken = 6,66% beobachtet.

Mit Rücksicht auf den in anderen Arbeiten erwiesenen und durch diese neuerlich bestätigte günstige Beeinflussung wird die chirurgische Therapie an jener

Grenzen einzusetzen haben, bis zu welchen ein Erfolg durch die balneologische Behandlung nicht zu erwarten ist. Jenseits dieser Grenze liegen die durch Studium und Beobachtung des Vortragenden erworbenen Indikationen: 1) Fortdauer der Beschwerden; 2) Hinzutreten einer akuten Infektion in Gallenblase oder Gallensystem; 3) chronischer Choledochusverschluß. (Selbstbericht.)

Gulcke (Berlin). Über die Todesursache bei akuten Pankreaserkrankungen.

Auf Grund der Ergebnisse einer längeren Reihe von Tierexperimenten kommt Verf. zu der Annahme, daß die Todesursache bei den akuten Pankreaserkrankungen auf eine von dem zerfallenden Pankreas ausgehende Vergiftung zurückzuführen ist: bei Einbringung eines Pankreas in die Bauchhöhle eines anderen Tieres tritt regelmäßig in kurzer Zeit unter schwersten Allgemeinerscheinungen der Tod ein. Weitere, gemeinsam mit G. v. Bergmann ausgeführte Untersuchungen haben ergeben, daß das wirksame Agens wohl das Trypsin sein müsse, da nach Immunisierung gegen Trypsin die Tiere die Eingriffe überstehen, die sonst tödlich wirken. Genaueres über den letzten Teil der Arbeit berichtet v. Bergmann auf der inneren Sektion.

Diskussion: Küttner (Marburg) führte bei einer 60jährigen Pat., welche unter Ileuserscheinungen erkrankt war, eine Frühoperation aus. Es handelte sich nicht um einen Darmverschluß, sondern um einen Fall von Pankreatitis und Fettnekrose. Drainage und Tamponade des Netzbeutels erwiesen sich als rationell, indem sich in der Folgezeit große Mengen hämorrhagisch-nekrotischer Massen aus dem Netzbeutel entleerten. Der Fall verlief günstig, weil es auf diese Weise gelang, die gefährlichen Zerfallsprodukte des Pankreas nach außen zu leiten.

v. Hacker (Graz). Die Distentionsplastik der Harnröhre mittels Mobilisierung derselben.

Der Vortr. erwähnt, daß schon seit langer Zeit Erfahrungen über die Verschiebbarkeit und Dehnbarkeit der Harnröhre vorliegen und operativ verwertet wurden, so bei der Naht der Enden nach der Resektion. In einzelnen Fällen wurden auch dabei mehr oder weniger ausgedehnte Auslösungen der Harnröhre aus ihrem Bett unternommen (Heusner, Rupprecht). Im allgemeinen wagte man jedoch früher ausgedehntere solche Auslösungen noch nicht.

Die Verziehbarkeit der auf längere Strecken samt ihrem Schwellkörper mobilisierten Harnröhre fand erst eine methodische Verwertung bei dem neuen Operationsverfahren der Eichelhypospadie (Beck, v. Hacker). Der Vortr., der als erster (Mai 1898) auf die Verwendbarkeit des bei der Hypospadieoperation erprobten Prinzipes auf die Deckung anderer Harnröhrendefekte hingewiesen hat, berichtete bereits über einen Teil der von ihm nach dem Mobilisierungsprinzip operierten derartigen Fälle.

Beck, dem unbestritten das Verdienst gebührt, als erster die Eichelhypospadie durch Mobilisierung und Vernähung der vorhandenen Harnröhre operiert und damit das neue Operationsprinzip inauguriert zu haben, wies erst August 1899 zum erstenmal auf verschiedene Möglichkeiten der Verwendung dieses Prinzipes hin. Seitdem hat er verschiedene mit dem Verfahren unternommene Defektdeckungen der Harnröhre mitgeteilt.

v. H. hält das Verfahren für ein exquisit plastisches. Durch Distention der Harnröhre, die im Bedarfsfalle ausgiebig mobilisiert werden muß, kann man verschiedenartige Defekte derselben decken. Es kann in diesem Falle von einer Distentionsplastik mit Mobilisierung der Harnröhre gesprochen werden. v. H. hat sich das Verfahren in zwölf Fällen bewährt. Es wurde bei der Eichelhypospadie (viermal), bei hypospadieähnlichem Defekt nach Ulzeration (einmal), bei der Hypospadia perinealis zur Umwandlung derselben in eine Hypospadia penis (einmal), bei verschiedenen Strikturen (dreimal), bei Ruptur der Harnröhre (einmal) und bei Lippenfisteln des Penis (zweimal) ausgeführt.

Es werden die allgemeinen, aus den bisherigen Erfahrungen mit dieser Plastik abgeleiteten Sätze zusammengefaßt, und wird insbesondere auf die Bedeutung der vom Vortr. angewendeten Modifikation (Deckung fensterartiger Defekte durch



Mobilisierung der in continuo erhaltenen Harnröhre und Vernähung nach Art der Gastro- oder Enteroplastik) für die bisher mit komplizierten Lappenplastiken behandelten Fisteln hingewiesen. (Selbstbericht.)

Diskussion: Payr (Graz) hat in zwei Fällen von peniskrotaler Hypospadie den Versuch gemacht, nach weitgehendster Mobilisierung der Harnröhre über den Bulbus hinaus die Urethra durch die tunnelierte Glans durchzuziehen. In beiden Fällen ist diese »Distentionsplastik« sehr gut gelungen. Der eine Fall, vor 3/4 Jahren operiert, stellt einen vollkommenen Erfolg dar; der zweite Fall wurde erst vor wenigen Tagen operiert.

Voelcker und Lichtenberg (Heidelberg). Röntgenogramme von Harnblase und Nierenbecken (Pyelographie).

Die menschliche Harnblase wird mit 2%iger Collargollösung mittels eines Katheters gefüllt, wodurch sie auf der Röntgenplatte einen scharf umschriebenen Schatten gibt.

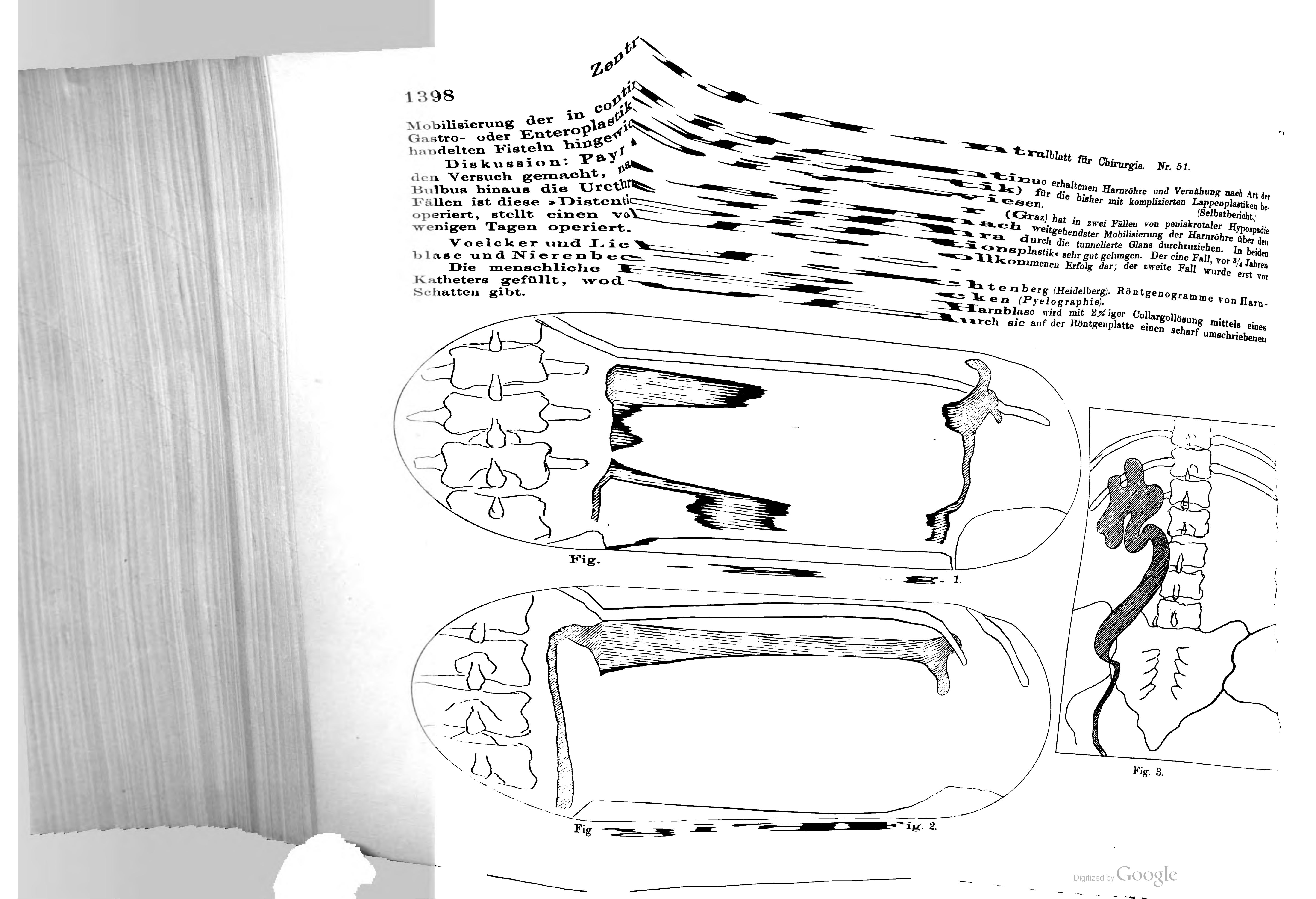


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Bei normalen jungen Männern hat die Harnblase eine oben breite, nach unten verjüngte Gestalt. Serienaufnahmen von anfangs stark gefüllten, dann in Etappen entleerten Blasen ergeben bei starker Füllung eine annähernd runde Form, bei geringer Füllung eine flache, schüsselartige Form.

Bei Kontraktion des Musc. detrusor vesicae (Urinieren bei abgeklemmtem Penis) nimmt die Blase die Form eines aufrechten Zylinders an. Die Harnblasen von Frauen sind häufig nach der Seite verzogen, besonders bei Prolaps der Genitalien. Bei einer Gravida im 8. Monat hat die Blase eine außerordentlich flache Form, weil sie dem Kopf sich anpaßt. Er liegt in der Blase wie in einer Schüssel.

Sehr gut eignet sich die Methode zur Darstellung von Blasendivertikeln und Blasenhernien.

Bei Prostatahypertrophie hat die Blase häufig die umgekehrte Form wie die normale, sie ist unten breit und oben spitz. Die Methode eignet sich sehr gut zur Darstellung der Größe der Prostata, weil die letztere sich gegen den schwarzen Blasenschatten deutlich abhebt. In einem Falle von Prostatahypertrophie mit doppelseitigen großen Hernien war die Blase über die große Prostata nach beiden Seiten herabgezogen.

Das Collargol läßt sich auch zur Darstellung des Nierenbeckens verwenden, indem man mittels des Ureterenkatheters eine 2—5%ige Collargollösung in das Nierenbecken injiziert. Die drei Skizzen stellen 1) eine Wanderniere mit dilatiertem, aber nicht abgeknicktem Nierenbecken dar, 2) eine Wanderniere mit dilatiertem und gegen den Ureter geknicktem Nierenbecken und 3) eine Knickung des Ureters an der Linea innominata, mit starker Dilatation und Schlängelung oberhalb und starker Dilatation des Nierenbeckens. In diesem letzteren Falle war die Ureterknickung wahrscheinlich auf einen beweglichen, stielgedrehten Ovarialtumor zurückzuführen. (Ausführliche Publikation in den Fortschritten für Röntgenstrahlen).

(Selbstbericht.)

Preindlsberger (Sarajevo) bespricht die Wahl der Operation bei Blasenstein auf Grund von 205 eigenen Fällen.

Er wendet sich gegen die einseitige Anempfehlung einer bestimmten Operationsmethode und hält im allgemeinen die Lithotripsie für die Operation der Wahl, die Schnittmethoden für die Operationen der Notwendigkeit. Dabei sei bei jedem einzelnen Falle zu individualisieren.

Genügende Weite der Urethra gestattet auch im kindlichen Alter die Ausführung der Lithotripsie; Strikturen der Harnröhre, große, harte oder fixierte Steine indizieren auch bei Erwachsenen eine Schnittmethode.

Von diesen letzteren hat P. in der letzten Zeit 22mal die Cystotomia perinealis ausgeführt, die bekanntlich darin besteht, daß nach Ablösung des Mastdarmes die hintere Blasenwand bloßgelegt und über der Prostata unter Vermeidung der Vasa deferentiae eröffnet wird. Diese Methode hat als wesentlichste Vorteile den der leichteren Nachbehandlung, die Möglichkeit, in Rückenmarksanästhesie zu operieren und die Vermeidung einer Bauchdeckennarbe.

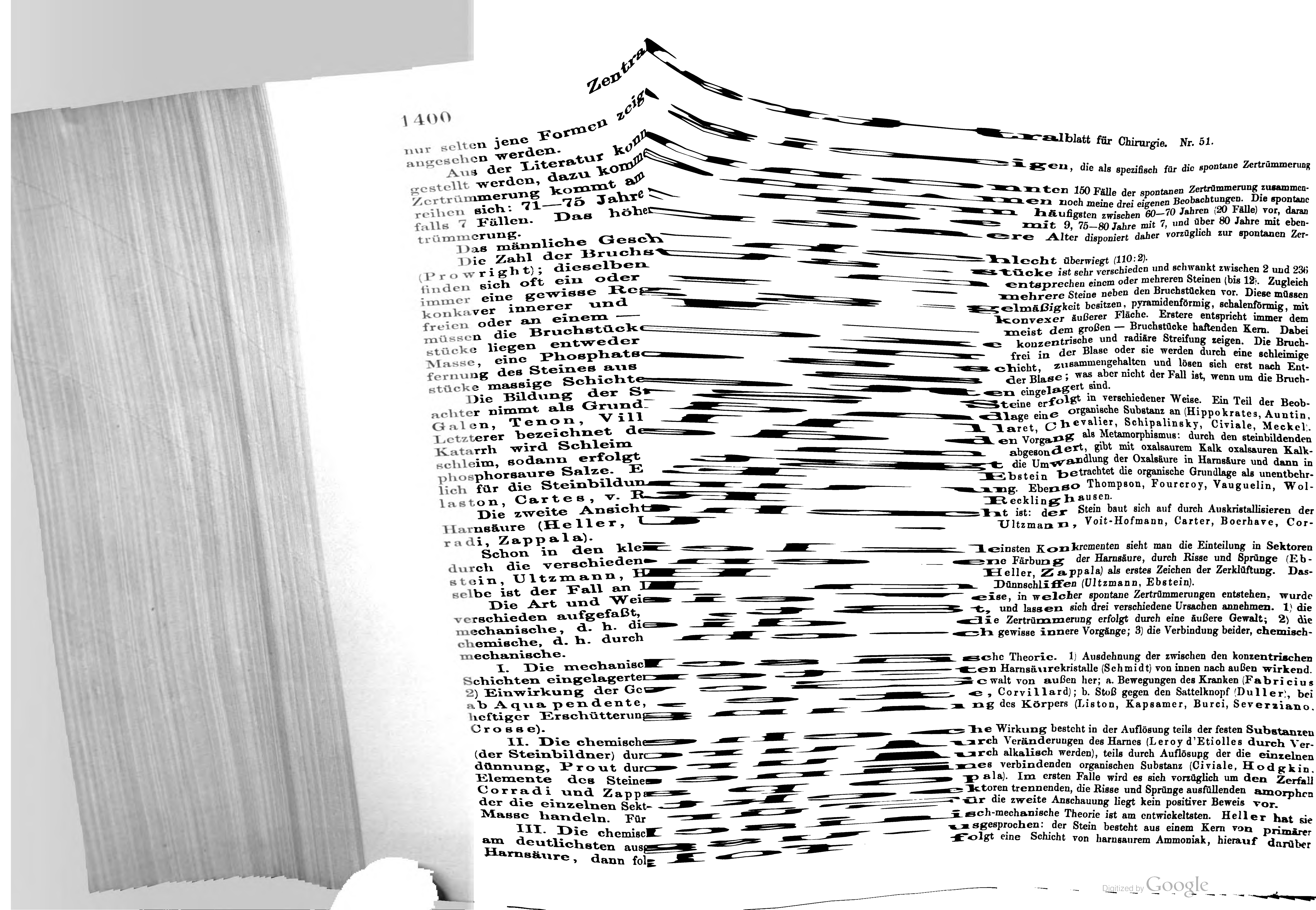
P. verweist im übrigen auf seine früheren Publikationen und eine im Druck befindliche Arbeit über denselben Gegenstand. (Selbstbericht.)

J. Englisch (Wien). Über die spontane Zertrümmerung der Steine in der Harnblase.

Zur Beurteilung der spontanen Steinzertrümmerung in der Blase erscheint es angezeigt, um die Ursache richtig zu beurteilen, auf die Lösung von Steinen durch die verschiedenen Lithotriptika einzugehen, und zwar das Verhalten der Steine gegen reines Wasser, gegen Kohlensäure, Kalkwasser, Kalkwasser mit Seife, die Alkalien (wirksamstes Lösungsmittel), gegen alkalische Mineralwässer, Säuren, Magensaft, verschiedene pflanzliche Mittel, Bespülung mit verschiedenen Mitteln, gegen Elektrizität (vorzüglich Galvanismus) näher ins Auge zu fassen. Jede dieser Gruppen muß wieder untergeteilt werden: 1) Experimente außerhalb des Körpers; 2) Tierexperimente; 3) Versuche an Menschen; 4) Heilerfolge.

Aus allen Versuchen geht hervor, daß die Lithotriptika auf die Blasensteine wirken, sie lösen oder zum Zerfall in Bruchstücke bringen, welch letztere aber





nur selten jene Formen zeigen, die als spezifisch für die spontane Zertrümmerung angesehen werden.

Aus der Literatur konnten 150 Fälle der spontanen Zertrümmerung zusammengestellt werden, dazu kommen noch meine drei eigenen Beobachtungen. Die spontane Zertrümmerung kommt am häufigsten zwischen 60—70 Jahren (20 Fälle) vor, daran reihen sich: 71—75 Jahre mit 9, 75—80 Jahre mit 7, und über 80 Jahre mit ebenfalls 7 Fällen. Das höhere Alter disponiert daher vorzüglich zur spontanen Zertrümmerung.

Das männliche Geschlecht überwiegt (110:2).

Die Zahl der Bruchstücke ist sehr verschieden und schwankt zwischen 2 und 236 (Prowright); dieselben entsprechen einem oder mehreren Steinen (bis 12). Zugleich finden sich oft ein oder mehrere Steine neben den Bruchstücken vor. Diese müssen immer eine gewisse Regelmäßigkeit besitzen, pyramidenförmig, schalenförmig, mit konkaver innerer und konvexer äußerer Fläche. Erstere entspricht immer dem freien oder an einem — meist dem großen — Bruchstücke haftenden Kern. Dabei müssen die Bruchstücke konzentrische und radiäre Streifung zeigen. Die Bruchstücke liegen entweder frei in der Blase oder sie werden durch eine schleimige Masse, eine Phosphatschicht, zusammengehalten und lösen sich erst nach Entfernung des Steines aus der Blase; was aber nicht der Fall ist, wenn um die Bruchstücke massige Schichten eingelagert sind.

Die Bildung der Steine erfolgt in verschiedener Weise. Ein Teil der Beobachter nimmt als Grundlage eine organische Substanz an (Hippokrates, Auntin, Galen, Tenon, Villaret, Chevalier, Schipalinsky, Civiale, Meckel). Letzterer bezeichnet den Vorgang als Metamorphismus: durch den steinbildenden Katarrh wird Schleim abgesondert, gibt mit oxalsaurem Kalk oxalsauren Kalkschleim, sodann erfolgt die Umwandlung der Oxalsäure in Harnsäure und dann in phosphorsaure Salze. Ebstein betrachtet die organische Grundlage als unentbehrlich für die Steinbildung. Ebenso Thompson, Fourcroy, Vauguelin, Wollaston, Cartes, v. Recklinghausen.

Die zweite Ansicht ist: der Stein baut sich auf durch Auskristallisieren der Harnsäure (Heller, Ultzmann, Voit-Hofmann, Carter, Boerhave, Corradi, Zappala).

Schon in den kleinsten Konkrementen sieht man die Einteilung in Sektoren durch die verschiedene Färbung der Harnsäure, durch Risse und Sprünge (Ebstein, Ultzmann, Heller, Zappala) als erstes Zeichen der Zerklüftung. Dasselbe ist der Fall an Dünnschliffen (Ultzmann, Ebstein).

Die Art und Weise, in welcher spontane Zertrümmerungen entstehen, wurde verschieden aufgefaßt, und lassen sich drei verschiedene Ursachen annehmen. 1) die mechanische, d. h. die Zertrümmerung erfolgt durch eine äußere Gewalt; 2) die chemische, d. h. durch gewisse innere Vorgänge; 3) die Verbindung beider, chemisch-mechanische.

I. Die mechanische Theorie. 1) Ausdehnung der zwischen den konzentrischen Schichten eingelagerten Harnsäurekristalle (Schmidt) von innen nach außen wirkend. 2) Einwirkung der Gewalt von außen her; a. Bewegungen des Kranken (Fabricius ab Aquapendente, Corvillard); b. Stoß gegen den Sattelknopf (Duller), bei heftiger Erschütterung des Körpers (Liston, Kapsamer, Burci, Severziano, Crosse).

II. Die chemische Wirkung besteht in der Auflösung teils der festen Substanzen (der Steinbildner) durch Veränderungen des Harnes (Leroy d'Etiolles durch Verdünnung, Prout durch alkalisch werden), teils durch Auflösung der die einzelnen Elemente des Steines verbindenden organischen Substanz (Civiale, Hodgkin, Corradi und Zappala). Im ersten Falle wird es sich vorzüglich um den Zerfall der die einzelnen Sektoren trennenden, die Risse und Sprünge ausfüllenden amorphen Masse handeln. Für die zweite Anschauung liegt kein positiver Beweis vor.

III. Die chemisch-mechanische Theorie ist am entwickeltsten. Heller hat sie am deutlichsten ausgesprochen: der Stein besteht aus einem Kern von primärer Harnsäure, dann folgt eine Schicht von harnsaurem Ammoniak, hierauf darüber

Schichten von Harnsäure. Das harnsaure Ammoniak ist frisch noch weich, teigig; getrocknet pulverig und einen kleineren Raum einnehmend, daher wird im getrockneten Stein der Kern lose. Die Schicht des harnsauren Ammoniak wird in der Blase vom Harn imbibiert, es erfolgt Zersetzung, es bildet sich aus Harnstoff kohlensaures Ammoniak; die freiwerdende Kohlensäure durchbricht als Gas die sich neubildenden Schichten im Entstehen, immer an derselben Stelle; ist alles kohlensaure Ammoniak in harnsaures umgewandelt, folgt Ausfüllung der gebildeten Kanäle mit Harnsäure. Geschieht die Trennung der Schichten an mehreren Stellen bis zur Peripherie, so zerfällt der Stein.

Oxalsaure Steine zerklüften von einer aus Phosphaten bestehenden Schicht aus.

Benno Schmidt. Der Vorgang ist bedingt durch Vergrößerung der zwischen gelagerten Phosphatschichten infolge Aufnahme neuen Kristallwassers.

Corradi. Vor dem harnsauren Kern lagert sich eine Proteinschicht an. Die Einlagerung der Harnsalze in diese erfolgt nicht gleichmäßig, sondern an verschiedenen Punkten durch harnsaure Kristalle nach der Peripherie weiterwachsend, und es bleiben zwischen ihnen Räume, welche mit der Proteinmasse ausgefüllt sind. Der Stein besteht dadurch aus Segmenten. Folgt Eintrocknen der Proteinmasse und Zersetzung des Harnstoffes in kohlensaures Ammoniak, so trennen sich die Segmente.

Ord. Hauptsache ist die Änderung der Harnbeschaffenheit, besonders das Alkalischwerden, mit Schwellung der schleimigen, perinukleären Schichte oder durch Gasentwicklung. Die Zertrümmerung beginnt im Zentrum. O. fand im Stein ein Mycelium und Bakterium. Die Ursache der Zersetzung ist noch fraglich.

Ultzmann. In harnsauren Steinen findet sich auch kohlensaures Ammoniak. Die von einer lockeren Schicht ausgehende Zersetzung des vorhandenen Harnstoffes, bedingt durch Pilze (Bakterium urae), hat die Zertrümmerung zur Folge.

Zappala. Bei der symmetrischen Anordnung der harnsauren Kristalle um ein solches Kristall entsteht eine strahlenförmige, gegen die Peripherie immer breiter werdende Anordnung. Dazwischen bleiben Räume, von dem Zentrum zur Peripherie ziehend, angefüllt mit einer amorphen, organischen Masse. Erfolgt eine Zersetzung im Sinne Heller's, so wird der Stein, der durch obige Anlagerung der Kristalle schon in Segmente geteilt erscheint, durch die sich entwickelnden Gase zertrümmert.

Aus dem voranstehenden ergeben sich folgende Schlußfolgerungen:

1) Die spontane Steinzertrümmerung ist eine Eigentümlichkeit der harnsauren Steine oder von Verbindungen derselben mit anderen Steinbildnern. Bei letzteren allein erfolgte nur selten eine Zertrümmerung derselben mit einer Form der Bruchstücke, welche die Eigenschaften der spontanen Zertrümmerung zeigen.

2) Die Oxalate zerbrechen manchmal; die Bruchstücke zeigen aber nie Regelmäßigkeit.

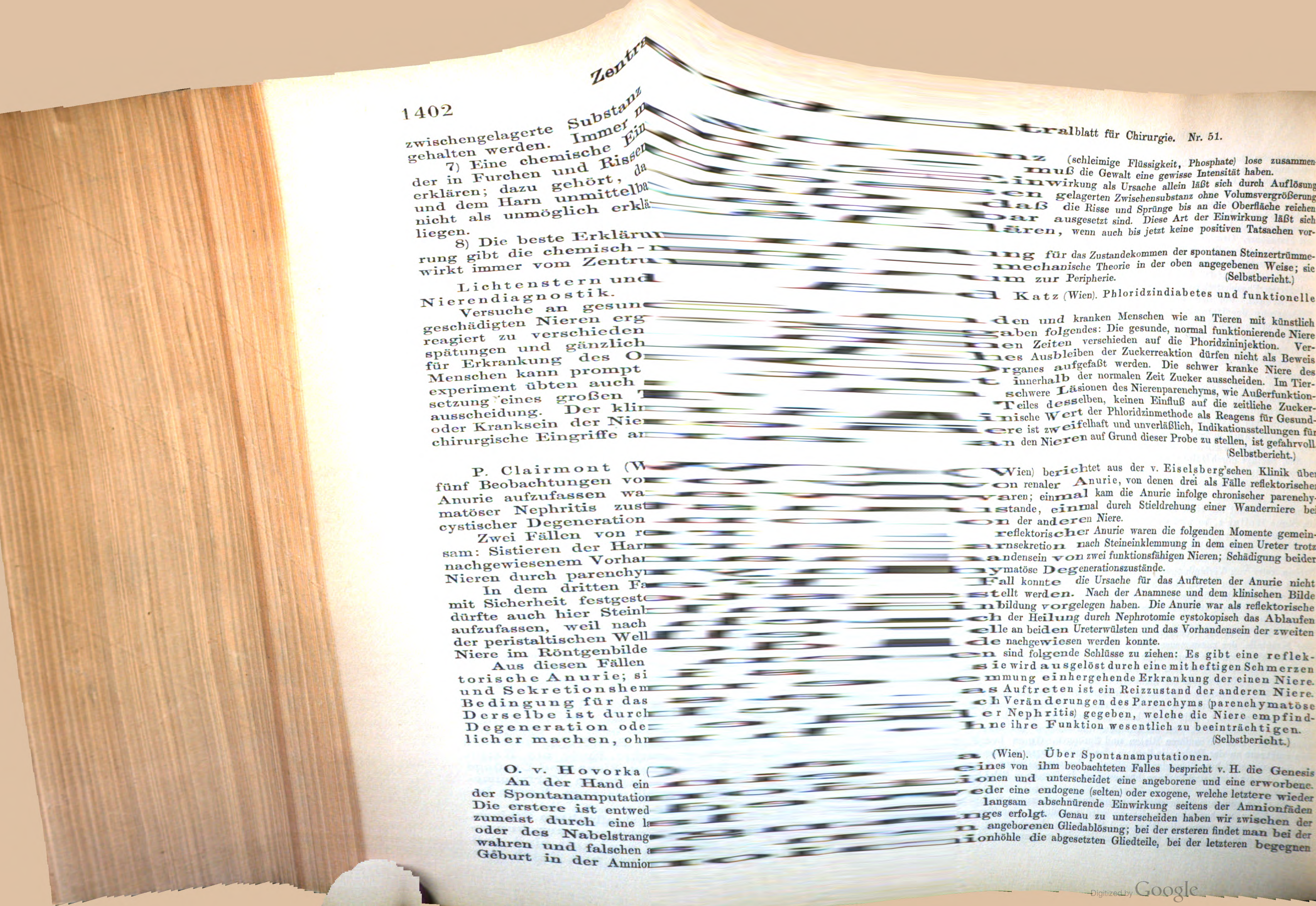
3) Die Form der Bruchstücke der harnsauren Steine ist schon in der Anordnung der Kristalle, der zusammensetzenden Elemente, bei der Steinbildung gegeben. Die segmentäre Form der Bruchstücke bildet die wichtigste Eigenschaft der Bruchstücke. Die Anlage dazu ergibt sich aus der künstlichen Erzeugung der Blasensteine, aus den Dünnschliffen selbst der kleinsten Steine.

4) Die Segmentation ergibt: a. der Kern wird immer durch eine lockere Schicht aus harnsaurem Ammoniak oder durch eine schleimige Flüssigkeit von den übrigen Schichten getrennt, fällt daher beim Zerschneiden sehr leicht aus; b. diese umgebende Schicht setzt sich als Streifen vom Kerne bis zur Peripherie fort und entwickelt sich zu radiären Rissen und Sprüngen, deren breites Ende am Kerne, das spitzere an der Peripherie liegt; c. das Vorhandensein dieser Risse und Sprünge ist das wesentlichste disponierende Moment der eigentlichen spontanen Zertrümmerung; d. die Risse und Sprünge können auch in ferneren Schichten vom Kerne beginnen.

5) Die spontane Steinzertrümmerung findet sich meist bei abgeflachten Steinen.

6) Eine mechanische Einwirkung wird nur dann eine Zertrümmerung hervorbringen können, wenn die Risse und Spalten so hochgradig entwickelt sind, daß die Segmente durch breite Furchen voneinander getrennt sind und nur durch eine





zwischengelagerte Substanz (schleimige Flüssigkeit, Phosphate) lose zusammengehalten werden. Immer muß die Gewalt eine gewisse Intensität haben.

7) Eine chemische Einwirkung als Ursache allein läßt sich durch Auflösung der in Furchen und Rissen gelagerten Zwischensubstanz ohne Volumsvergrößerung erklären; dazu gehört, daß die Risse und Sprünge bis an die Oberfläche reichen und dem Harn unmittelbar ausgesetzt sind. Diese Art der Einwirkung läßt sich nicht als unmöglich erklären, wenn auch bis jetzt keine positiven Tatsachen vorliegen.

8) Die beste Erklärung für das Zustandekommen der spontanen Steinzertrümmerung gibt die chemisch-mechanische Theorie in der oben angegebenen Weise; sie wirkt immer vom Zentrum zur Peripherie. (Selbstbericht.)

Lichtenstern und Katz (Wien). Phloridzindiabetes und funktionelle Nierendiagnostik.

Versuche an gesunden und kranken Menschen wie an Tieren mit künstlich geschädigten Nieren ergaben folgendes: Die gesunde, normal funktionierende Niere reagiert zu verschiedenen Zeiten verschieden auf die Phloridzininjektion. Verspätungen und gänzliches Ausbleiben der Zuckerreaktion dürfen nicht als Beweis für Erkrankung des Organes aufgefaßt werden. Die schwer kranke Niere des Menschen kann prompt innerhalb der normalen Zeit Zucker ausscheiden. Im Tierexperiment üben auch schwere Läsionen des Nierenparenchyms, wie Außerfunktionsetzung eines großen Teiles desselben, keinen Einfluß auf die zeitliche Zuckerausscheidung. Der klinische Wert der Phloridzinmethode als Reagens für Gesund- oder Kranksein der Niere ist zweifelhaft und unverläßlich, Indikationsstellungen für chirurgische Eingriffe an den Nieren auf Grund dieser Probe zu stellen, ist gefahrvoll. (Selbstbericht.)

P. Clairmont (Wien) berichtet aus der v. Eiselsberg'schen Klinik über fünf Beobachtungen von renaler Anurie, von denen drei als Fälle reflektorischer Anurie aufzufassen waren; einmal kam die Anurie infolge chronischer parenchymatöser Nephritis zustande, einmal durch Stieldrehung einer Wanderniere bei cystischer Degeneration der anderen Niere.

Zwei Fällen von reflektorischer Anurie waren die folgenden Momente gemeinsam: Sistieren der Harnsekretion nach Steineinklemmung in dem einen Ureter trotz nachgewiesenem Vorhandensein von zwei funktionsfähigen Nieren; Schädigung beider Nieren durch parenchymatöse Degenerationszustände.

In dem dritten Fall konnte die Ursache für das Auftreten der Anurie nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Nach der Anamnese und dem klinischen Bilde dürfte auch hier Steinbildung vorgelegen haben. Die Anurie war als reflektorische aufzufassen, weil nach der Heilung durch Nephrotomie cystokopisch das Ablaufen der peristaltischen Welle an beiden Ureterwülsten und das Vorhandensein der zweiten Niere im Röntgenbilde nachgewiesen werden konnte.

Aus diesen Fällen sind folgende Schlüsse zu ziehen: Es gibt eine reflektorische Anurie; sie wird ausgelöst durch eine mit heftigen Schmerzen und Sekretionshemmung einhergehende Erkrankung der einen Niere. Bedingung für das Auftreten ist ein Reizzustand der anderen Niere. Derselbe ist durch Veränderungen des Parenchyms (parenchymatöse Degeneration oder Nephritis) gegeben, welche die Niere empfindlicher machen, ohne ihre Funktion wesentlich zu beeinträchtigen. (Selbstbericht.)

O. v. Hovorka (Wien). Über Spontanamputationen.

An der Hand eines von ihm beobachteten Falles bespricht v. H. die Genesis der Spontanamputationen und unterscheidet eine angeborene und eine erworbene. Die erstere ist entweder eine endogene (selten) oder exogene, welche letztere wieder zumeist durch eine langsam abschnürende Einwirkung seitens der Amnionfäden oder des Nabelstranges erfolgt. Genau zu unterscheiden haben wir zwischen der wahren und falschen angeborenen Gliedablösung; bei der ersteren findet man bei der Geburt in der Amnionhöhle die abgesetzten Gliedteile, bei der letzteren begegnen

wir einer Hypoplasie, beziehungsweise einer Aplasie der abgeschnürten Teile. Die Meinung, daß die abgeschnürten Teile stets mazeriert werden und deshalb nicht auffindbar sind, ist irrig; ebenso die Annahme, daß die Spontanamputation mit dem Ainhum der Neger identisch sei. v. H. bespricht zum Schluß auch die pathologische Anatomie und Mikroskopik der Spontanamputation und knüpft an die Systematik von Kormann und Schrader kritische Bemerkungen. Für seinen Kranken hat er einen künstlichen Arm angefertigt. (Selbstbericht.)

H. Haberer (Wien). Zur Behandlung der Sarkome in den langen Röhrenknochen.

Vortr. berichtet an der Hand von 18 Fällen aus der v. Eiselsberg'schen Klinik über die Resultate, welche dabei teils durch verstümmelnde, teils durch konservative Operationen erzielt wurden. Dabei wurden nach Tunlichkeit die bisherigen Dauererfolge festgestellt. Der Vergleich der Resultate der verstümmelnden und konservativen Operationen ergibt, daß dieselben gleich gut bzw. gleich schlecht sind. Deshalb empfiehlt H. bei den Sarkomen der langen Röhrenknochen nach v. Mikulicz' Vorschlage, die verstümmelnden Operationen zugunsten der konservativen einzuschränken. Es kommt dabei nicht so sehr auf den Grad der Malignität des betreffenden Sarkoms, als vielmehr darauf an, trotz Exstirpation der Geschwulst weit im Gesunden die Ernährung des betreffenden Extremitätenabschnittes erhalten zu können. Auf das Vorhandensein bzw. Auftreten von Metastasen hat weder ein konservativer, noch ein verstümmelnder Eingriff einen Einfluß. Die immer mehr aufstrebende Röntgendiagnostik wird nicht nur für die frühzeitige Erkenntnis von Knochensarkomen von Bedeutung sein, sondern sie wird auch ermöglichen, bei konservativ operierten Pat. ein eventuell auftretendes Rezidiv rechtzeitig zu erkennen.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Lexer (Berlin). In der v. Bergmann'schen Klinik wird nach dem von v. Bergmann und König vertretenen Grundsatze bei periostalen oder durchgebrochenen myelogenen Sarkomen hoch amputiert oder so exartikuliert, daß die sämtlichen dazugehörigen Muskelgruppen in Wegfall kommen, da nach Nasse's Untersuchungen das Geschwulstgewebe oft weithin in den Muskelgefäßen verbreitet ist. Doch verfügt die v. Bergmann'sche Klinik auch über Fälle von periostalen Gewächsen, bei denen eine ausgedehnte Resektion genügte. — Bei den zentralen Sarkomen reicht oft eine Auslöffelung hin. Wenn es sich aber nicht um die relativ gutartigen Riesenzellensarkome handelt, so kommt es, selbst bei ausgedehnter Resektion, leicht zu Rezidiven. — L. beobachtete in einem Fall, in dem er wegen eines kaum walnußgroßen, von einer breiten Schicht Knochengewebe umgebenen zentralen Knochenherdes das untere Femurdrittel resezierte nach rascher Heilung ein rasch wachsendes, zum Tode führendes Rezidiv mit Metastasen.

Haberer (Wien) glaubt gerade wegen des Umstandes, daß weder die konservativen noch die verstümmelnden Operationen sichere Erfolge zeitigen, den Vorschlag auf Einengung des Indikationsgebietes der verstümmelnden Operationen aufrecht erhalten zu sollen. —

E. Ranzi. Zur Frage der Tragfähigkeit der Bunge'schen Stümpfe.

R. berichtet über die Resultate, die an der v. Eiselsberg'schen Klinik mit den Bunge'schen Amputationsstümpfen gemacht wurden. Von den 12 Unterschenkelamputationen war in allen Fällen, wie die Nachuntersuchung zeigte, der Stumpf auf Schlag und Druck unempfindlich. In bezug auf die Frage der direkten Belastung der Amputationsfläche waren acht Fälle verwertbar. Alle diese ergaben gute funktionelle Resultate. Von den 18 Oberschenkelamputationen waren 15 Stümpfe vollkommen tragfähig, drei Pat. klagten zeitweilig über Schmerzen.

Das Bunge'sche Verfahren kann in bezug auf die Dauerresultate der Bier'schen Methode an die Seite gestellt werden; besonders in Fällen, in denen sehr rasch operiert werden muß oder in denen von vornherein eine prima intentio nicht zu erwarten ist, verdient die Bunge'sche Methode den Vorzug vor der osteoplastischen Amputation.



M. Hofmann (Graz). [illegible] Die Stellung des Fußes bei fungöser Erkrankung im unteren Sprunggelenk.

Die klinische Erfahrung lehrt, daß erkrankte Gelenke eine ganz bestimmte Lage einzunehmen pflegen. Bonnet fand auf Grund von Leichenversuchen, daß diese Lage große Übeinstimmung zeigt mit jener Lage, die man erhält, wenn man Flüssigkeit unter hohem Druck in die Gelenkhöhlen injiziert. Die Erklärung hierfür suchte er einerseits in der analogen physikalischen Wirkung der Ansammlung von Flüssigkeit in der Gelenkhöhle bei pathologischen Processen, andererseits in dem Bestreben der Kranken, der Extremität jene Lage zu geben, in der die Gelenkhöhle die größte Kapazität besitzt, da in dieser Lage die nervenreiche fibrössynoviale Kapsel so wenig als möglich gespannt wird und die Schmerzen dadurch gemindert werden müssen. Unter der Voraussetzung der Richtigkeit dieser Erklärung müßte man wohl analoge Vorgänge als bestimmend für die Stellung des Fußes bei Erkrankung im unteren Sprunggelenk, also der Articulatio talocalcanea und talonavicularis, ansehen. Nun zeigte sich aber in einer Reihe von Fällen fungöser Erkrankung des unteren Sprunggelenkes, die an der Grazer chirurgischen Klinik des Herrn Prof. v. Hacker zur Beobachtung kamen, daß der Fuß bald in Pronation und Abduktion, bald in Supination und Adduktion [illegible] fixiert war. Genaue Beachtung der Befunde während der Operation oder am amputierten Fuße, sowie Röntgenaufnahmen bei konservativ behandelten Fällen haben ergeben, daß bei Fixierung des Fußes in Pronation und Abduktion eine weitgehende fungöse Erkrankung der Articulatio talonavicularis mit ausgedehnter Zerstörung der Gelenkkörper und Kapsel vorlag. Bei Fixierung des Fußes in Supination und Adduktion hingegen fand sich stets eine fungöse Zerstörung der Articulatio talocalcanea. In einer dritten Reihe von Fällen fungöser Erkrankung des unteren Sprunggelenkes war keine Fixierung des Fußes in charakteristischer Stellung vorhanden, in diesen aber handelte es sich nur um geringgradige Erkrankung des Gelenkes ohne Zerstörung der Gelenkkörper und ohne Ansammlung von Eiter und Granulationsmassen in der Gelenkhöhle.

Injektionsversuche an der Articulatio talocalcanea und talonavicularis an Leichen mit einer hierzu besonders geeigneten, bisher nicht verwendeten Injektionsmasse aus einem Gemenge von Minium und wasserfreiem Glyzerin haben die Übereinstimmung der Mittellage mit jener Stellung, die der Fuß bei fungöser Erkrankung der betreffenden Gelenke annimmt, ergeben. Eine genaue Untersuchung des komplizierten Bewegungsmechanismus im unteren Sprunggelenk an Knochenbänderpräparaten hat in genügender Weise aufgeklärt, warum durch Injektion der Articulatio talonavicularis Pronation und Abduktion, durch Injektion der Articulatio talocalcanea Supination und Adduktion zustande kommen muß, und hat gezeigt, daß dies im Bau der Gelenke begründet ist.

Zur Bestimmung der Lokalisation einer fungösen Erkrankung am Fuße stehen eine Reihe von Hilfsmitteln zur Verfügung: die Form der Schwellung, Lokalisation der Schwellung, lokalisierte Schmerzhaftigkeit, Richtung und Lage von Fistelgängen, Röntgenaufnahmen, Prüfung der aktiven und passiven Bewegungsfähigkeit einzelner Gelenke. Dazu kommt noch als wichtiges diagnostisches Hilfsmittel die Fixierung des Fußes in bestimmter Stellung, fixierte Pronation und Abduktion als pathognomonisch für Erkrankung der Articulatio talonavicularis, fixierte Supination und Adduktion des Fußes als charakteristisch für Erkrankung der Articulatio talocalcanea. Bei ausgesprochener [illegible] dauernder Fixierung in einer dieser Stellungen handelt es sich stets um ausgedehnte Zerstörung des betroffenen Gelenkes, während das Fehlen der fixierten Stellung eine fungöse Erkrankung des Gelenkes, insbesondere der Synovialis ohne Beteiligung der Gelenkkörper und ohne Ansammlung von Eiter und Granulationsmassen in der Gelenkhöhle nicht sicher ausschließt. (Selbstbericht.)

Assinger (Wien). Ein neuer Handapparat für Vibrationsmassage.

Die Anwendung der Vibrationsmassage soll nicht bloß in Krankenhäusern, Kliniken, Sanatorien, sondern im Hause, in der alltäglichen Praxis, am Krankenbette, in der ärztlichen Sprechstunde allenthalben zugänglich sein. Der vorgezeigte Vibrationsmassageapparat »Venivici« ist dazu geeignet, da er nicht an Betriebskräfte gebunden ist und nur etwas über 600 g wiegt. Die Vibrationen werden

durch Drehung einer Schwungscheibe erzeugt, die mittels einer Kurbel in Bewegung gesetzt wird. Ihre vibrierende Bewegung überträgt sich als Stoßbewegung auf verschiedene Pelotten. Intensität und Häufigkeit der Schwingungen sind dosierbar. Es lassen sich 2000—8000 Vibrationen in der Minute erzielen.

An Ansatzstücken, flachen Massageplatten in verschiedener Größe, pneumatischen Massagebällen usw. stehen 23 Ansatzstücke zur Verfügung. In der Chirurgie ist die Vibrationsmassage nach Verletzungen der Gelenke, Distorsionen, Luxationen verwendbar, zur Resorption von Blutextravasaten, zur Kräftigung der Muskeln auch bei Knochenbrüchen, Muskelquetschungen und Zerrungen. Besonders wirksam ist sie bei Muskelparesen der Schließmuskeln empfohlen, in nicht zu frischen Fällen akuter nicht eitriger Synovitis und bei chronischer Synovitis. In der durch die verschiedensten Ursachen herbeigeführten Gelenksteifigkeit soll sie nur gegen Kapselverdickungen und zum Massieren der Muskulatur verwendet werden.

(Selbstbericht.)

Grosse (München) demonstriert einen chirurgischen Universalsterilisator in Funktion. Der Konstruktion des Apparates, eines rechteckigen Kastens mit drei Einsätzen, liegt ein neues Prinzip, das der Einheitlichkeit der Sterilisation, zugrunde, d. h. das sämtliche Instrumentarium und Material, dessen Chirurg, Gynäkologe, Urologe in keimfreiem Zustande bedarf, also Metallinstrumente, Verbandstoffe, Katheter, Spritzen, Handschuhe, Flüssigkeiten, z. B. physiologische Kochsalzlösung, Kathetergleitmittel, wie Paraffin, Glyzerin usw., wird in einem Agens, dem Wasserdampf von 100°, sterilisiert. Gut vernickelte Instrumente leiden durch den Dampf weit weniger als durch Kochen. Die Messer sind in festverschlossene Glasrohre, sog. »Messersterilisationsrohre« einzulegen; sie bleiben vollkommen glänzend und trocken, vor allem tadellos scharf. Die bakteriologische Sicherheit des neuen Verfahrens ist durch eingehende Untersuchungen des Vortragenden erwiesen: Die Mindeststerilisationszeit betrug bei Staphylokokkeninfektion 3 Minuten, bei Infektion mit Milzbrandsporen 8 Minuten. Der Universalsterilisator wird durch die Möglichkeit verschiedenartiger Verwendung und Kombination seiner drei Einsätze allen überhaupt zu stellenden Sterilisationsaufgaben bei einfachster Handhabung und geringstem Zeit- und Materialverbrauch gerecht. Die Wasserdampfsterilisation ist

1) durch unbedingte Sicherheit,
2) durch Ermöglichung vollkommener Einheitlichkeit der chirurgischen Desinfektion, infolgedessen
3) durch einfache Handhabung,
4) geringen Zeitverbrauch,
5) geringen Materialverbrauch,
6) durch Schonung des in tadellosem Zustande verbleibenden Instrumentariums

allen anderen Sterilisationsverfahren weit überlegen.

Die Untersuchungen des Vortragenden, sowie die demonstrierten Apparate sind ausführlich veröffentlicht im Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXVII. 1905. Hft. 1.

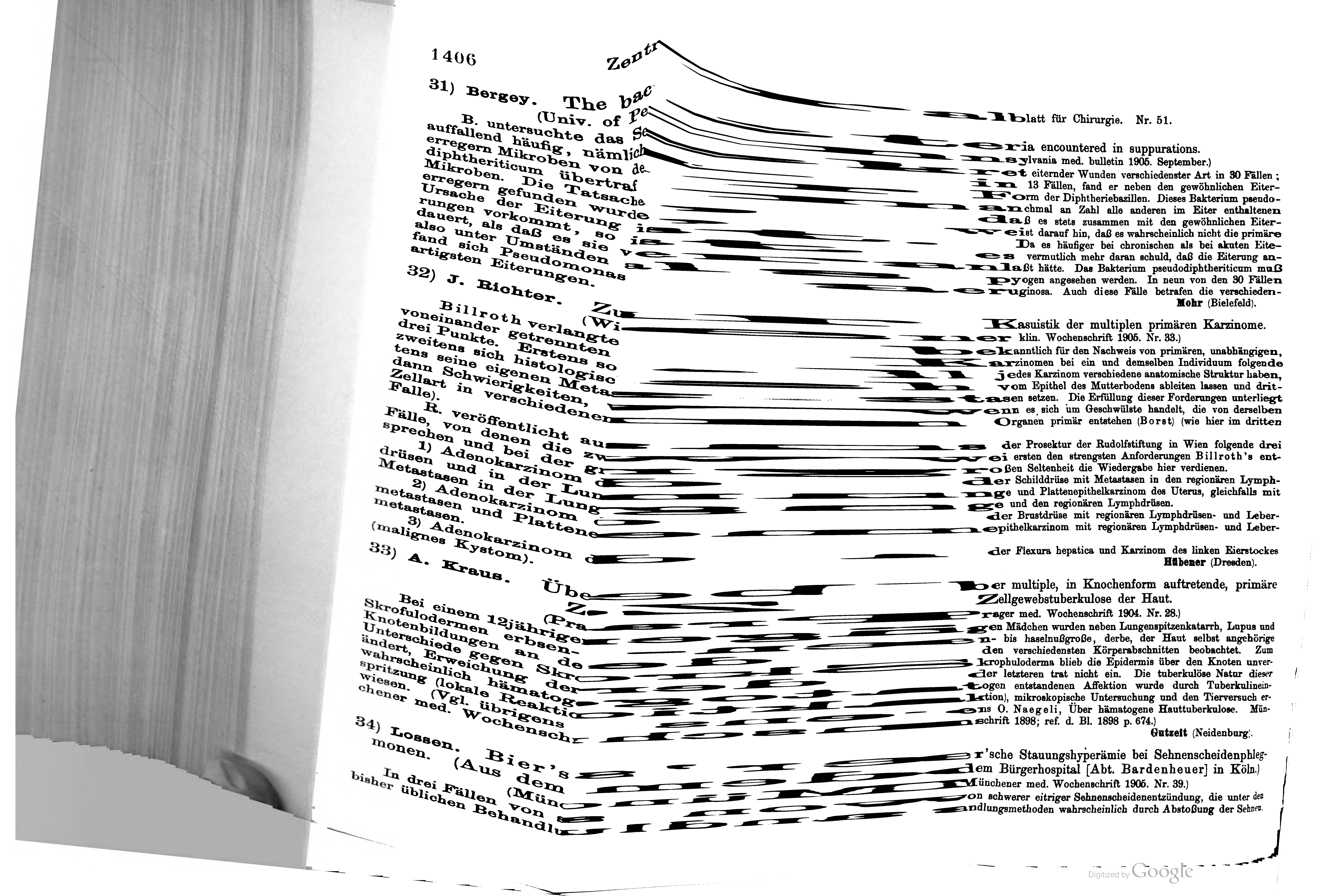
(Selbstbericht.)

Kuhn (Kassel) demonstriert an der Hand zahlreicher Bilder Improvisationseinrichtungen zu Heb-, Trag-, Extensions- und Suspensionszwecken in der großen Chirurgie. Die Einrichtungen erfordern nur bescheidene Hilfsmittel, Stangen, Klammern, Ösen, alle von einer einheitlichen Form. Durch die unendlich mögliche Kombination und Variation dieser Teile ist man imstande, sich alle in einer Klinik, auch für orthopädische Zwecke nötigen mechanischen Geräte zu improvisieren. (Selbstbericht.)

P. Clairmont (Wien) zeigt einen dreiteiligen Bügel, welcher die Anlegung des Streckverbandes nach Gersuny bei Kniegelenkskontrakturen wesentlich erleichtert. Derselbe wurde von dem Diener der chirurgischen Klinik, Broger, ersonnen.

(Selbstbericht.)





31) Bergey. The bacteria encountered in suppurations. (Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1905. September.)

B. untersuchte das Sekret eiternder Wunden verschiedenster Art in 30 Fällen; auffallend häufig, nämlich in 13 Fällen, fand er neben den gewöhnlichen Eitererregern Mikroben von der Form der Diphtheriebazillen. Dieses Bakterium pseudodiphthericum übertraf manchmal an Zahl alle anderen im Eiter enthaltenen Mikroben. Die Tatsache, daß es stets zusammen mit den gewöhnlichen Eitererregern gefunden wurde, weist darauf hin, daß es wahrscheinlich nicht die primäre Ursache der Eiterung ist. Da es häufiger bei chronischen als bei akuten Eiterungen vorkommt, so ist es vermutlich mehr daran schuld, daß die Eiterung andauert, als daß es sie veranlaßt hätte. Das Bakterium pseudodiphthericum muß also unter Umständen als [illegible] pyogen angesehen werden. In neun von den 30 Fällen fand sich Pseudomonas aeruginosa. Auch diese Fälle betrafen die verschiedenartigsten Eiterungen.

Mohr (Bielefeld).

32) J. Richter. Zur Kasuistik der multiplen primären Karzinome. (Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

Billroth verlangte bekanntlich für den Nachweis von primären, unabhängigen, voneinander getrennten Karzinomen bei ein und demselben Individuum folgende drei Punkte. Erstens soll jedes Karzinom verschiedene anatomische Struktur haben, zweitens sich histologisch vom Epithel des Mutterbodens ableiten lassen und drittens seine eigenen Metastasen setzen. Die Erfüllung dieser Forderungen unterliegt dann Schwierigkeiten, wenn es sich um Geschwülste handelt, die von derselben Zellart in verschiedenen Organen primär entstehen (Borst) (wie hier im dritten Falle).

R. veröffentlicht aus der Prosektur der Rudolfstiftung in Wien folgende drei Fälle, von denen die zwei ersten den strengsten Anforderungen Billroth's entsprechen und bei der großen Seltenheit die Wiedergabe hier verdienen.

1) Adenokarzinom der Schilddrüse mit Metastasen in den regionären Lymphdrüsen und in der Lunge und Plattenepithelkarzinom des Uterus, gleichfalls mit Metastasen in der Lunge und den regionären Lymphdrüsen.

2) Adenokarzinom der Brustdrüse mit regionären Lymphdrüsen- und Lebermetastasen und Plattenepithelkarzinom mit regionären Lymphdrüsen- und Lebermetastasen.

3) Adenokarzinom der Flexura hepatica und Karzinom des linken Eierstockes (malignes Kystom).

Hübener (Dresden).

33) A. Kraus. Über multiple, in Knochenform auftretende, primäre Zellgewebstuberkulose der Haut. (Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 28.)

Bei einem 12jährigen Mädchen wurden neben Lungenspitzenkatarrh, Lupus und Skrofulodermen erbsen- bis haselnußgroße, derbe, der Haut selbst angehörige Knotenbildungen an den verschiedensten Körperabschnitten beobachtet. Zum Unterschiede gegen Skrophuloderma blieb die Epidermis über den Knoten unverändert, Erweichung der letzteren trat nicht ein. Die tuberkulöse Natur dieser wahrscheinlich hämatogen entstandenen Affektion wurde durch Tuberkulineinspritzung (lokale Reaktion), mikroskopische Untersuchung und den Tierversuch erwiesen. (Vgl. übrigens O. Naegeli, Über hämatogene Hauttuberkulose. Münchener med. Wochenschrift 1898; ref. d. Bl. 1898 p. 674.)

Gutzeit (Neidenburg).

34) Lossen. Bier'sche Stauungshyperämie bei Sehnenscheidenphlegmonen. (Aus dem [illegible] em Bürgerhospital [Abt. Bardenheuer] in Köln.) (Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 39.)

In drei Fällen von schwerer eitriger Sehnenscheidenentzündung, die unter den bisher üblichen Behandlungsmethoden wahrscheinlich durch Abstoßung der Sehnen

Verkrümmung und Versteifung der Finger und des Handgelenkes ein sehr schlechtes funktionelles Endresultat dargeboten hätten, wurde durch Stauungshyperämie, verbunden mit Einschnitten und Entleerung des Eiters, völlige, bzw. fast völlige Wiederherstellung der Finger erzielt. Ähnliche günstige Resultate ergaben sich unter Stauungs- oder Saugbehandlung bei anderen eitrigen Prozessen, postoperativen Fisteln nach Pleuraempyem, Appendicitis, Hüftresektion usw.

Kramer (Glogau).

35) **E. Goldmann.** Über die Unterbindung von großen Venenstämmen, nebst Bemerkungen über die Herstellung des venösen Kollateralkreislaufes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. p. 162.)

Von Verletzungen großer Venenstämme beschreibt Verf. folgende Fälle:

1) Verletzung der Vena cava inf. bei der Exstirpation einer pyonephritischen tuberkulösen rechten Niere. Unterbindung der Vena cava oberhalb und unterhalb des 4,5 cm langen und 1,5 cm breiten Defektes. Der Pat. starb am Abende des Operationstages, zeigte aber nach der Operation keinerlei Kreislaufstörungen an den unteren Extremitäten. Die Unterbindung hatte unterhalb der Einmündung der linken Vena renalis stattgefunden. Nur unterhalb der Nierenvenen sind quere Cavaunterbindungen statthaft. Durch Injektionsversuche mit einer Wismut-Ölemulsion gelang es skiagraphisch den Nachweis zu liefern, daß sich ohne erheblichen Injektionsdruck eine Füllung des ganzen Gefäßsystemes von der Vena femoralis aus nach Unterbindung und Resektion der Vena cava erzielen läßt.

2) Unterbindung der Vena subclavia bei einer Resektion der 1. Rippe wegen Caries. Keine Zirkulationsstörungen im Arme.

3) Unterbindung der rechten Vena jugularis communis, der rechten Vena subclavia und der Vena anonyma wegen einer Blutung bei der Exstirpation verkäster tuberkulöser Lymphome mit Übergreifen der Erkrankung auf die Venenwand selbst. Kreislaufstörungen wurden weder am Gesichte noch am Arme beobachtet. Obwohl während der Bemühungen zur Unterbindung wiederholt Luft eingedrungen war, erfolgte Heilung.

Ein plötzlicher Verschluß der Pfortader oder deren Äste wird nicht vertragen, ebensowenig eine Unterbindung der Vena cava inferior oberhalb der Einmündung der Venae renales. Daraus ergibt sich, daß die Unterbindung von Venen nicht allein nach anatomischen, sondern auch nach physiologischen Gesichtspunkten beurteilt werden muß. Hat eine Vene nur eine Leitungsfunktion, so erfolgt nach der Unterbindung ein Ausgleich viel leichter, als wenn ihr neben der Leitungsfunktion noch eine Ernährungsaufgabe zufällt, wie es bei den Venen der Abdominalorgane der Fall ist. Diese Organe reagieren auf Störungen im Bereiche des Venensystems mit schweren funktionellen Schädigungen, während ähnliche Kreislaufstörungen an den äußeren Körperteilen ausgeglichen und überstanden werden.

Als Vorbedingungen für die Herstellung eines venösen Kollateralkreislaufes führt Verf. an: Unversehrte Kollateralbahnen, normalen Blutdruck, Fehlen aller Zustände, welche die normale Fähigkeit der kleinen Gefäße, sich gegen das venöse Blut zu wehren, beeinträchtigen oder aufheben, und offene Lymphbahnen.

M. v. Brunn (Tübingen).

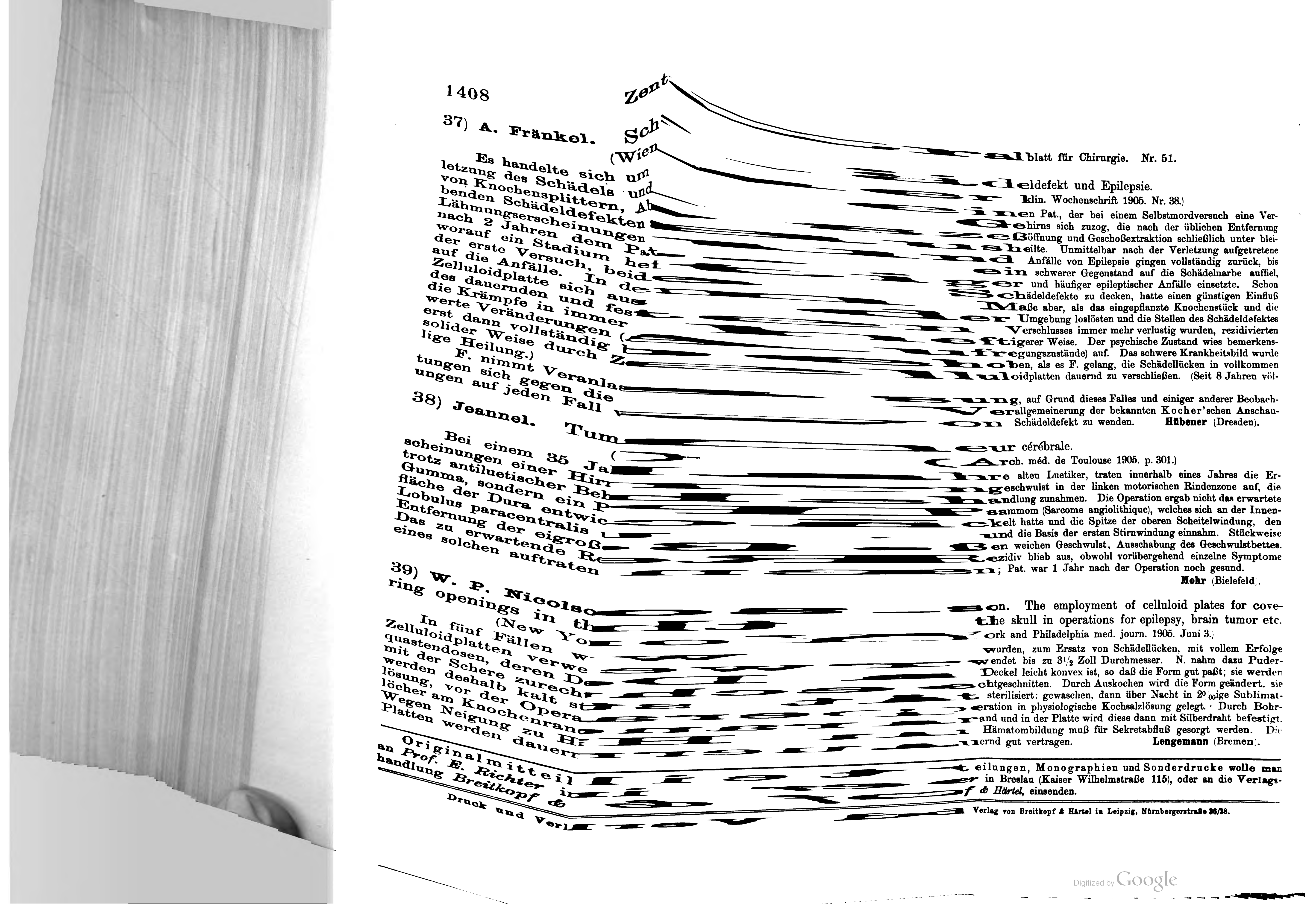
36) **E. v. Bassewitz.** Spielen die Krätzmilben eine Rolle bei der Verbreitung der Lepra?

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 41.)

Verf. bejaht diese Frage auf Grund einer persönlichen Beobachtung. Der Wärter eines Leprakranken, der an schwerer Scabies crustosa erkrankt war, war von diesem mit Scabies infiziert worden und erkrankte später an typischer Lepra nodosa; eine andere Möglichkeit der Ansteckung war nicht nachzuweisen.

Kramer (Glogau).





37) A. Fränkel. Schädeldefekt und Epilepsie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 38.)

Es handelte sich um einen Pat., der bei einem Selbstmordversuch eine Verletzung des Schädels und Gehirns sich zuzog, die nach der üblichen Entfernung von Knochensplittern, Abschußöffnung und Geschoßextraktion schließlich unter bleibenden Schädeldefekten ausheilte. Unmittelbar nach der Verletzung aufgetretene Lähmungserscheinungen und Anfälle von Epilepsie gingen vollständig zurück, bis nach 2 Jahren dem Pat. ein schwerer Gegenstand auf die Schädelnarbe auffiel, worauf ein Stadium heftiger und häufiger epileptischer Anfälle einsetzte. Schon der erste Versuch, beide Schädeldefekte zu decken, hatte einen günstigen Einfluß auf die Anfälle. In dem Maße aber, als das eingepflanzte Knochenstück und die Zelluloidplatte sich aus der Umgebung loslösten und die Stellen des Schädeldefektes des dauernden und festen Verschlusses immer mehr verlustig wurden, rezidivierten die Krämpfe in immer heftigerer Weise. Der psychische Zustand wies bemerkenswerte Veränderungen (Aufregungszustände) auf. Das schwere Krankheitsbild wurde erst dann vollständig behoben, als es F. gelang, die Schädellücken in vollkommen solider Weise durch Zelluloidplatten dauernd zu verschließen. (Seit 8 Jahren völlige Heilung.)

F. nimmt Veranlassung, auf Grund dieses Falles und einiger anderer Beobachtungen sich gegen die Verallgemeinerung der bekannten Kocher'schen Anschauungen auf jeden Fall von Schädeldefekt zu wenden. **Hübener** (Dresden).

38) Jeannel. Tumeur cérébrale.

(Arch. méd. de Toulouse 1905. p. 301.)

Bei einem 35 Jahre alten Luetiker, traten innerhalb eines Jahres die Erscheinungen einer Hirngeschwulst in der linken motorischen Rindenzone auf, die trotz antiluetischer Behandlung zunahmen. Die Operation ergab nicht das erwartete Gumma, sondern ein Psammom (Sarcome angiolithique), welches sich an der Innenfläche der Dura entwickelt hatte und die Spitze der oberen Scheitelwindung, den Lobulus paracentralis und die Basis der ersten Stirnwindung einnahm. Stückweise Entfernung der eigroßen weichen Geschwulst, Ausschabung des Geschwulstbettes. Das zu erwartende Rezidiv blieb aus, obwohl vorübergehend einzelne Symptome eines solchen auftraten; Pat. war 1 Jahr nach der Operation noch gesund. **Mohr** (Bielefeld).

39) W. P. Nicolson. The employment of celluloid plates for covering openings in the skull in operations for epilepsy, brain tumor etc.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Juni 3.)

In fünf Fällen wurden, zum Ersatz von Schädellücken, mit vollem Erfolge Zelluloidplatten verwendet bis zu 3½ Zoll Durchmesser. N. nahm dazu Puderquastendosen, deren Deckel leicht konvex ist, so daß die Form gut paßt; sie werden mit der Schere zurechtgeschnitten. Durch Auskochen wird die Form geändert, sie werden deshalb kalt sterilisiert: gewaschen, dann über Nacht in 2‰ige Sublimatlösung, vor der Operation in physiologische Kochsalzlösung gelegt. Durch Bohrlöcher am Knochenrand und in der Platte wird diese dann mit Silberdraht befestigt. Wegen Neigung zu Hämatombildung muß für Sekretabfluß gesorgt werden. Die Platten werden dauernd gut vertragen. **Lengemann** (Bremen).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 52. Sonnabend, den 30. Dezember. 1905.

Meine Methode der Gastroenterostomie, nebst Statistik der nach ihr gemachten Operationen.

Von

Dr. **Fritz de Beule** in Gent (Belgien).

Im vor. Jahre publizierte ich in den »Ann. de l'acad. royale de méd. de belgique« eine neue Methode der Gastroenterostomie, nach

welcher Circulus vitios [illegible] und Rückfluß von Galle und Pankreassaft im Magen auf ganz [illegible] fache Weise sicher zu vermeiden sind. Ich schlug vor, die Gastr [illegible] nterostomie mit einem von mir speziell angegebenen Knopfe zu [illegible] chen, der so konstruiert ist, daß Mageninhalt, Galle und Pankreassaf [illegible] gezwungen den Weg des abführenden Schenkels der anastomosierten D [illegible] mschlinge einschlagen müssen und nur in ihm abfließen können. Di [illegible] Konstruktion des Knopfes ist sehr einfach und aus den nebenstehen [illegible] en Abbildungen leicht verständlich. Wie man gleich sieht, besteht [illegible] as Eigentümliche darin, daß die Lichtung des Knopfes nicht gerad [illegible] sondern nach Art der Wasserhähne mit einer Krümmung von 30° [illegible] gebogen verläuft, so daß sie sich in einem Teile (dem Teil für den M [illegible] agen) terminal und im anderen Teile (dem Teil

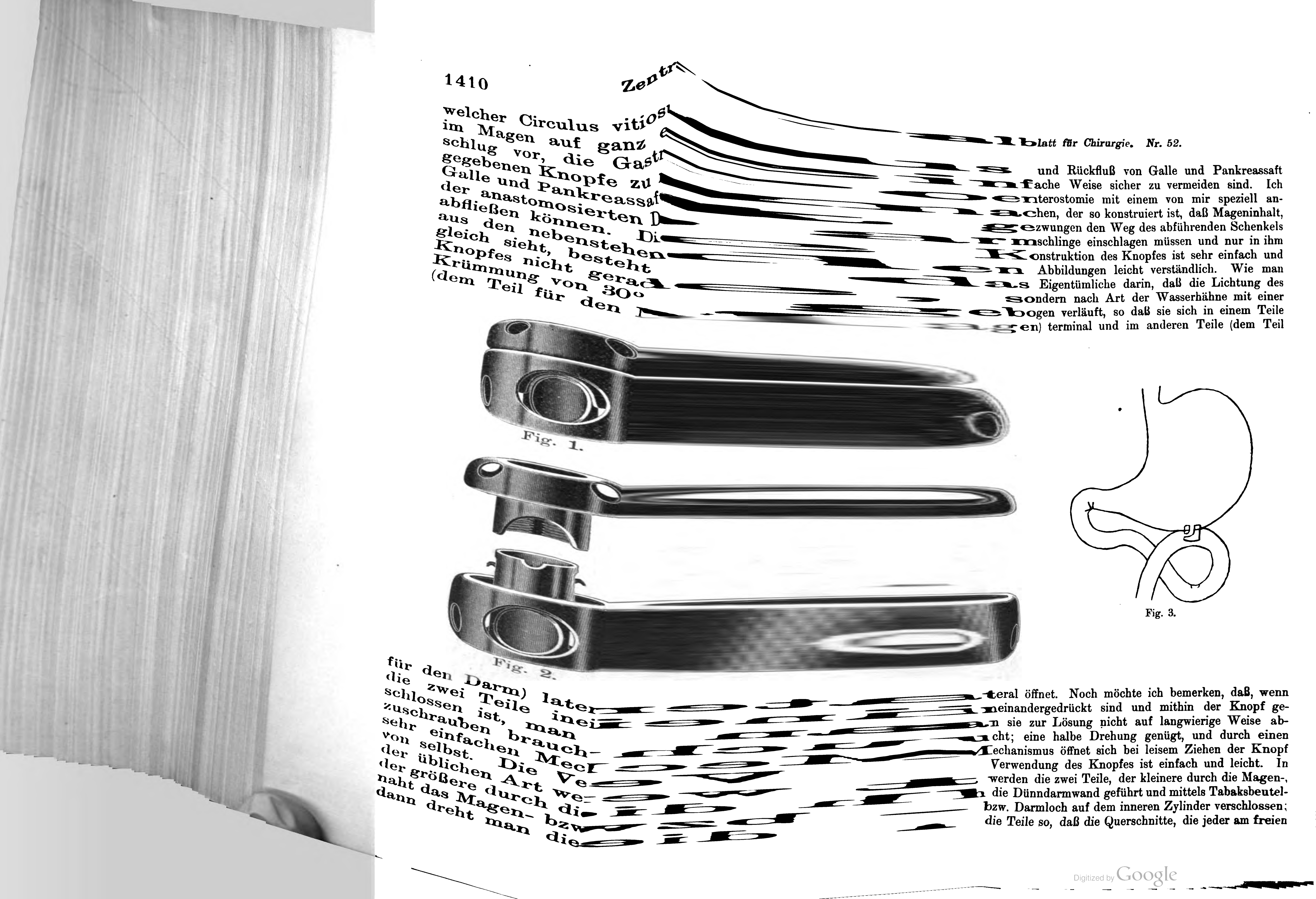


Fig. 1.

Fig. 2.

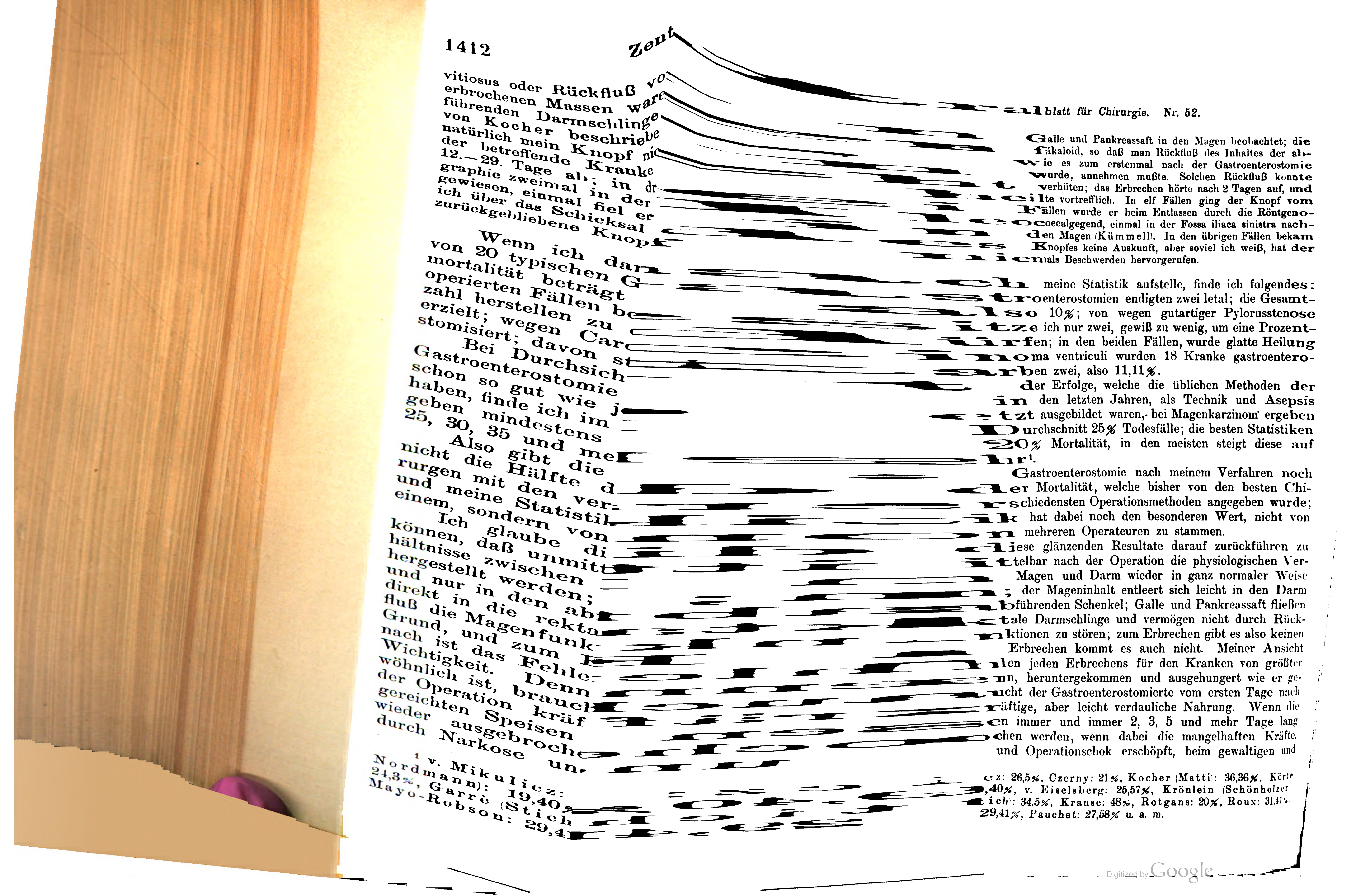
Fig. 3.

für den Darm) later [illegible] teral öffnet. Noch möchte ich bemerken, daß, wenn die zwei Teile inei [illegible] neinandergedrückt sind und mithin der Knopf geschlossen ist, man [illegible] n sie zur Lösung nicht auf langwierige Weise abzuschrauben brauch [illegible] cht; eine halbe Drehung genügt, und durch einen sehr einfachen Mec [illegible] Mechanismus öffnet sich bei leisem Ziehen der Knopf von selbst. Die Ve [illegible] Verwendung des Knopfes ist einfach und leicht. In der üblichen Art we [illegible] werden die zwei Teile, der kleinere durch die Magen-, der größere durch di [illegible] die Dünndarmwand geführt und mittels Tabaksbeutelnaht das Magen- bzw [illegible] bzw. Darmloch auf dem inneren Zylinder verschlossen; dann dreht man die [illegible] die Teile so, daß die Querschnitte, die jeder am freien

Rande trägt und die nur zur Orientierung dienen, gerade übereinander stehen in der Richtung des abführenden Darmschenkels; jetzt drückt man die zwei Teile fest ineinander und schließt so den Knopf; die Öffnung des Knopfes sieht lateral in den Darm in der Richtung der rektalen Schlinge; das kann man leicht durch die Darmwand durchfühlen. Wer die nebenstehende Zeichnung anschaut, die schematisch eine Gastroenterostomie mit meinem Knopfe darstellt, findet es selbstverständlich, daß aus rein physikalischen Gründen der Mageninhalt nicht in den zuführenden, sondern nur in den abführenden Darmschenkel abfließen kann, und ebenso, daß Galle und Pankreassaft niemals in den Magen, sondern nur in die abführenden Schlingen sich ergießen können. In dieser Beziehung habe ich die Zweckmäßigkeit meines Knopfes oft genug an der Leiche geprüft, und auch die klinischen Ergebnisse meiner Methode haben sie glänzend bestätigt.

Ich verfüge jetzt über 22 mit meinem Knopf ausgeführte und mir bekannte Gastroenterostomien; diese Operationen stammen von Debaisieux, Gersuny, Moskowicz, Bier, Schmieden, Kümmell, Hedlund und mir. Zur Herstellung einer Statistik sind zwei von ihnen auszuschließen; erstens eine Pylorektomie wegen Carcinoma ventriculi nach Billroth II, in welcher die Gastroenteroanastomose mittels meines Knopfes gemacht wurde (Kümmell); der betreffende Kranke ging 3 Tage nach der Operation an Pneumonie zugrunde; die Sektion zeigte, daß die Anastomose ganz in Ordnung war und keine Spur von Peritonitis vorlag; im zweiten Falle handelte es sich um eine Pat., die wegen Gallensteinkrankheit cystektomiert war und nach 2 Tagen typische Pylorusverschlußerscheinungen bekam; es wurde quasi in extremis eine Gastroenterostomie mit meinem Knopf angelegt (Moskowicz); die Kranke starb wenige Stunden nachher. Die übrigen 20 Fälle betreffen reine, unkomplizierte Gastroenterostomien, 2mal wegen gutartiger narbiger Pylorusstenose, 18mal wegen Carcinoma ventriculi; teilweise wurde Gastroenterostomia anterior antecolica, teilweise posterior retrocolica ausgeführt. Die zwei Pat. mit gutartiger Stenose heilten glatt (Gersuny); von den 18 Karzinomkranken, deren mehrere sehr alt und die meisten ganz heruntergekommen waren, heilten 16; zwei starben infolge der Operation. Der erste war ein 46jähriger Mann, so elend, daß man ihm die Operation schon verweigert hatte; auf seine dringende Bitte operierte man doch (Debaisieux). Obwohl der Kranke unmittelbar nach der Operation ganz gut Nahrung aufnehmen konnte und auch nichts erbrach, ging er unter den Erscheinungen immer wachsender Schwäche am 4. Tage zugrunde; Zeichen von Peritonitis oder Pneumonie lagen nicht vor; Sektion wurde nicht gemacht. Der zweite Fall betrifft eine 72jährige, sehr schwache Frau, die 3 Tage nach der Operation (Hedlund), als sie schon flüssige Speisen mit gutem Appetit zu sich nahm, an Pneumonia bilateralis erkrankte, der sie am 5. Tag erlag; bei der Sektion fand man den Magen leer, zusammengezogen, keine Spur von Peritonitis, Magen und Darm durch den Knopf gut und fest vereinigt. Unter die geheilten Fälle rechne ich eine von Debaisieux operierte Frau, die in der 4. Woche, als sie bereits in vorzüglichem Zustande das Spital verlassen wollte, plötzlich mit pyämischen Erscheinungen zugrunde ging; der Knopf war schon lange abgegangen; die Sektion zeigte zwischen Magen und Darm eine breite, feste Anastomose, es bestand keine Peritonitis, aber im retroperitonealen Raume fand man einen ca. faustgroßen Abszeß, durch Perforation des ulzerierten Karzinoms hervorgerufen; metastatische Abszesse saßen in beiden Kniegelenken, in der Leber und in den Lungen. In den 22 Fällen kam, abgesehen von dem leichten Narkoseerbrechen, das bei einigen Kranken einoder zweimal, jedoch ohne die mindeste Beimischung von Galle eintrat, nur ein einziges Mal Erbrechen zur Beobachtung; aber bei dem betreffenden Kranken handelte es sich nicht um das typische gallige Erbrechen, wie man es bei Circulus





vitiosus oder Rückfluß vo[illegible] Galle und Pankreassaft in den Magen beobachtet; die erbrochenen Massen war[illegible] fäkaloid, so daß man Rückfluß des Inhaltes der abführenden Darmschlinge, wie es zum erstenmal nach der Gastroenterostomie von Kocher beschrieben wurde, annehmen mußte. Solchen Rückfluß konnte natürlich mein Knopf ni[illegible] verhüten; das Erbrechen hörte nach 2 Tagen auf, und der betreffende Kranke [illegible] heilte vortrefflich. In elf Fällen ging der Knopf vom 12.—29. Tage ab; in [illegible] Fällen wurde er beim Entlassen durch die Röntgenographie zweimal in der Ileocoecalgegend, einmal in der Fossa iliaca sinistra nachgewiesen, einmal fiel er [illegible] den Magen (Kümmell). In den übrigen Fällen bekam ich über das Schicksal [illegible] Knopfes keine Auskunft, aber soviel ich weiß, hat der zurückgebliebene Knopf niemals Beschwerden hervorgerufen.

Wenn ich dan[illegible]ch meine Statistik aufstelle, finde ich folgendes: von 20 typischen G[illegible]troenterostomien endigten zwei letal; die Gesamtmortalität beträgt [illegible] also 10%; von wegen gutartiger Pylorusstenose operierten Fällen be[illegible]itze ich nur zwei, gewiß zu wenig, um eine Prozentzahl herstellen zu [illegible]ürfen; in den beiden Fällen, wurde glatte Heilung erzielt; wegen Car[illegible]noma ventriculi wurden 18 Kranke gastroenterostomisiert; davon st[illegible]arben zwei, also 11,11%.

Bei Durchsich[illegible] der Erfolge, welche die üblichen Methoden der Gastroenterostomie in den letzten Jahren, als Technik und Asepsis schon so gut wie j[illegible]tzt ausgebildet waren, bei Magenkarzinom ergeben haben, finde ich im Durchschnitt 25% Todesfälle; die besten Statistiken geben mindestens 20% Mortalität, in den meisten steigt diese auf 25, 30, 35 und mehr[1].

Also gibt die [illegible] Gastroenterostomie nach meinem Verfahren noch nicht die Hälfte d[illegible]er Mortalität, welche bisher von den besten Chirurgen mit den verschiedensten Operationsmethoden angegeben wurde; und meine Statistik hat dabei noch den besonderen Wert, nicht von einem, sondern von mehreren Operateuren zu stammen.

Ich glaube diese glänzenden Resultate darauf zurückführen zu können, daß unmittelbar nach der Operation die physiologischen Verhältnisse zwischen [illegible] Magen und Darm wieder in ganz normaler Weise hergestellt werden; der Mageninhalt entleert sich leicht in den Darm und nur in den abführenden Schenkel; Galle und Pankreassaft fließen direkt in die rektale Darmschlinge und vermögen nicht durch Rückfluß die Magenfunktionen zu stören; zum Erbrechen gibt es also keinen Grund, und zum [illegible] Erbrechen kommt es auch nicht. Meiner Ansicht nach ist das Fehlen jeden Erbrechens für den Kranken von größter Wichtigkeit. Denn [illegible]nn, heruntergekommen und ausgehungert wie er gewöhnlich ist, brauc[illegible]ucht der Gastroenterostomierte vom ersten Tage nach der Operation kräf[illegible]räftige, aber leicht verdauliche Nahrung. Wenn die gereichten Speisen [illegible]en immer und immer 2, 3, 5 und mehr Tage lang wieder ausgebroche[illegible]chen werden, wenn dabei die mangelhaften Kräfte durch Narkose un[illegible] und Operationschok erschöpft, beim gewaltigen und

[1] v. Mikulicz: [illegible]cz: 26,5%, Czerny: 21%, Kocher (Matti): 36,36%, Körte (Nordmann): 19,40% [illegible],40%, v. Eiselsberg: 25,57%, Krönlein (Schönholzer): 24,3%, Garrè (Stich [illegible]ich): 34,5%, Krause: 48%, Rotgans: 20%, Roux: 31,4%, Mayo-Robson: 29,4 [illegible] 29,41%, Pauchet: 27,58% u. a. m.

kontinuierlichen Erbrechen noch abgeschwächt werden, ist es kein Wunder, daß schließlich das Herz ganz versagt und Exitus letalis im Kollaps oder an hypostatischer Pneumonie eintritt. Daß auch die kurze Dauer des Eingriffes und das minimale Operationstrauma bei meiner Methode eine günstige Rolle spielt, halte ich für sicher: in 20, höchstens 25 Minuten ist ein fixer Operateur mit der Operation fertig, und eine komplizierende Enteroanastomose nach Braun oder etwaige Suspension der Darmschenkel braucht man natürlich nie.

Ich weiß, daß man dem Knopf in der Gastroenterostomie immer den Vorwurf macht, daß er in den Magen fallen oder im Darm zurückbleiben und so Beschwerden hervorrufen kann, weiter, daß die von ihm bewirkte Anastomose später durch narbige Retraktion der Ränder verkleinert wird. Czerny, Kümmell, Sonnenburg, Bier und viele andere haben hunderte Male den Knopf verwendet und von der soviel besprochenen Fremdkörpergefahr kaum etwas gesehen. Dabei bestätige ich, daß in den 14 Fällen, in denen ich Auskunft über das Schicksal des Knopfes bekam, dieser nur ein einziges Mal in den Magen hineingefallen war. Von der narbigen Stenose der mittels Knopfes geschaffenen Anastomose ist zwar viel geredet, doch ist sie äußerst selten beobachtet worden. Ich hatte Gelegenheit, eine Kranke zu sezieren, die 8 Monate nachdem ich sie operiert hatte an Kachexie zugrunde gegangen war; bis in die letzten Tage war die Magenfunktion vorzüglich, und ich fand die Anastomose zwischen Magen und Darm für den Daumen gut durchgängig; es bestanden ausgedehnte Metastasen im großen Netz und in der Leber. Außerdem verlieren bei der Gastroenterostomie wegen Carcinoma ventriculi die beiden genannten Vorwürfe ihr ganzes Gewicht, da doch die Lebensdauer nach der Operation nur kurze Monate beträgt. Auch empfehle ich mein Verfahren besonders für Karzinomkranke.

Der von mir angegebene Knopf ist von den Firmen Reiner in Wien, Eschbaum in Bonn, Schaerer in Bern, Lausanne, Paris und Brüssel zu beziehen.

---

1) **R. Kraus** und **A. Prantschoff.** Über das konstante Vorkommen der Spirochaete pallida im syphilitischen Gewebe bei Menschen und Affen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 37.)

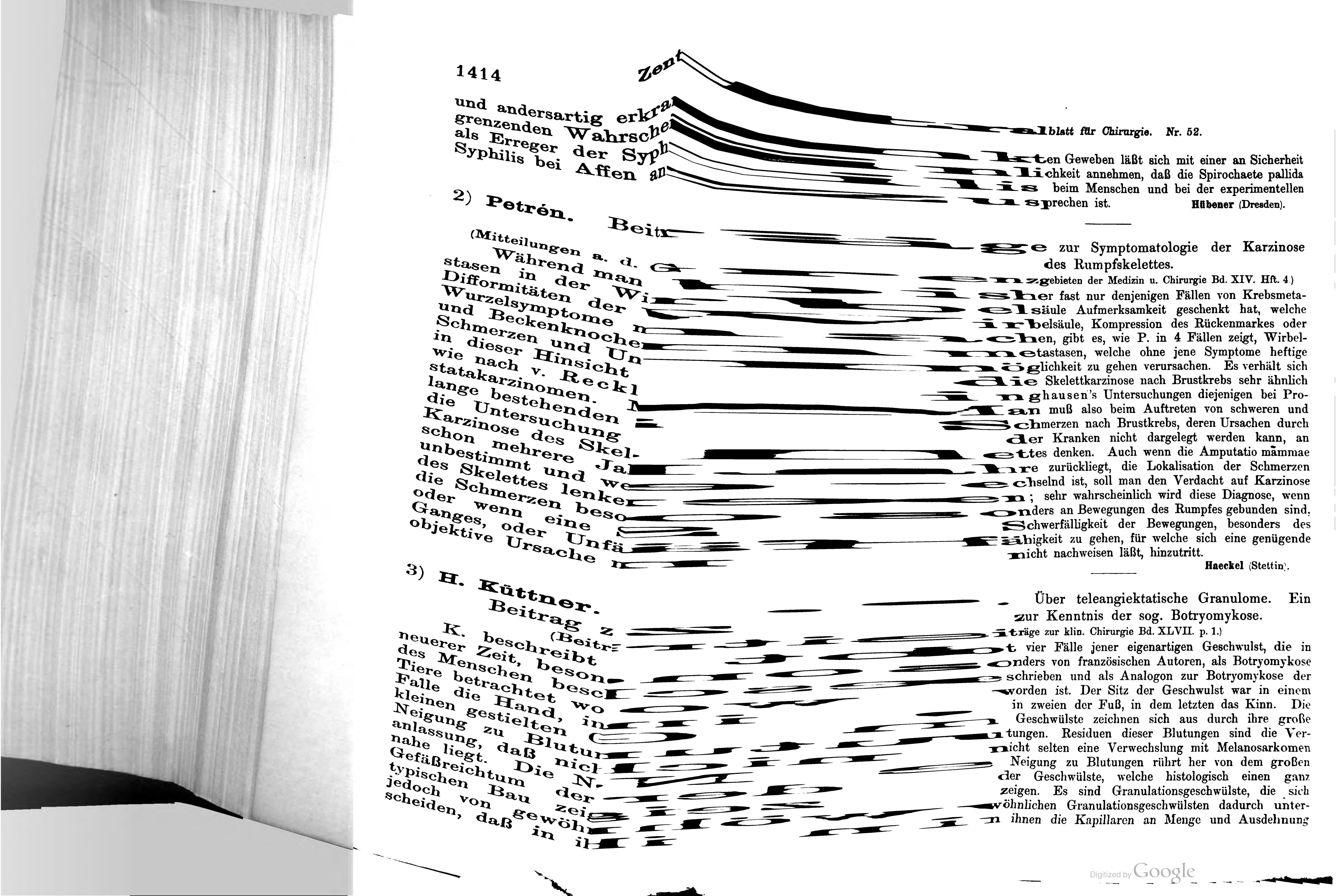
Die Verff. gelangen auf Grund ihrer zahlreichen Untersuchungen an Menschen und Affen zu folgenden Schlüssen:

Die Spirochaete pallida kommt im gesunden Gewebe (Haut, Organe) des Menschen und Affen und auch in andersartig nicht syphilitisch erkrankten Geweben nicht vor.

Sie läßt sich konstant in syphilitischen Produkten bei Menschen und Affen nachweisen.

Aus der Konstanz der Befunde, namentlich auch in experimentell erzeugten Sklerosen bei Affen, und aus dem Fehlen in gesunden





und andersartig erkrankten Geweben läßt sich mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit annehmen, daß die Spirochaete pallida als Erreger der Syphilis beim Menschen und bei der experimentellen Syphilis bei Affen anzusprechen ist.

Hübener (Dresden).

---

2) **Petrén. Beiträge zur Symptomatologie der Karzinose des Rumpfskelettes.**

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 4.)

Während man bisher fast nur denjenigen Fällen von Krebsmetastasen in der Wirbelsäule Aufmerksamkeit geschenkt hat, welche Difformitäten der Wirbelsäule, Kompression des Rückenmarkes oder Wurzelsymptome machen, gibt es, wie P. in 4 Fällen zeigt, Wirbel- und Beckenknochenmetastasen, welche ohne jene Symptome heftige Schmerzen und Unmöglichkeit zu gehen verursachen. Es verhält sich in dieser Hinsicht die Skelettkarzinose nach Brustkrebs sehr ähnlich wie nach v. Recklinghausen's Untersuchungen diejenigen bei Prostatakarzinomen. Man muß also beim Auftreten von schweren und lange bestehenden Schmerzen nach Brustkrebs, deren Ursachen durch die Untersuchung der Kranken nicht dargelegt werden kann, an Karzinose des Skelettes denken. Auch wenn die Amputatio mammae schon mehrere Jahre zurückliegt, die Lokalisation der Schmerzen unbestimmt und wechselnd ist, soll man den Verdacht auf Karzinose des Skelettes lenken; sehr wahrscheinlich wird diese Diagnose, wenn die Schmerzen besonders an Bewegungen des Rumpfes gebunden sind, oder wenn eine Schwerfälligkeit der Bewegungen, besonders des Ganges, oder Unfähigkeit zu gehen, für welche sich eine genügende objektive Ursache nicht nachweisen läßt, hinzutritt.

Haeckel (Stettin).

---

3) **H. Küttner. Über teleangiektatische Granulome. Ein Beitrag zur Kenntnis der sog. Botryomykose.**

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. p. 1.)

K. beschreibt vier Fälle jener eigenartigen Geschwulst, die in neuerer Zeit, besonders von französischen Autoren, als Botryomykose des Menschen beschrieben und als Analogon zur Botryomykose der Tiere betrachtet worden ist. Der Sitz der Geschwulst war in einem Falle die Hand, in zweien der Fuß, in dem letzten das Kinn. Die kleinen gestielten Geschwülste zeichnen sich aus durch ihre große Neigung zu Blutungen. Residuen dieser Blutungen sind die Veranlassung, daß nicht selten eine Verwechslung mit Melanosarkomen nahe liegt. Die Neigung zu Blutungen rührt her von dem großen Gefäßreichtum der Geschwülste, welche histologisch einen ganz typischen Bau zeigen. Es sind Granulationsgeschwülste, die sich jedoch von gewöhnlichen Granulationsgeschwülsten dadurch unterscheiden, daß in ihnen die Kapillaren an Menge und Ausdehnung

enorm zugenommen haben, und daß auch die Zellmassen der Geschwulst aus einer Wucherung der Endothelien hervorgegangen sind.

Die Frage, ob die Botryomykose durch einen spezifischen, den Staphylokokken nahe stehenden Erreger hervorgerufen wird, beantwortet K. nach seinen Untersuchungen und nach kritischer Wertung der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen in negativem Sinne. Die in den Geschwülsten gefundenen Kokken sind gewöhnliche Staphylokokken. Gegen einen spezifischen Erreger sprechen die geringen Unterschiede gegenüber den gewöhnlichen Staphylokokken, das Fehlen einwandsfreier Resultate im Tierexperimente, das überwiegende Vorkommen der Kokken in den periphersten, einer Infektion von außen am leichtesten zugänglichen Teilen der Geschwülste, ihr Vorkommen ausschließlich in alten, seit längerer Zeit bestehenden Geschwülsten, ihr inkonstantes Vorkommen überhaupt und die Möglichkeit einer Verwechslung mit zelligen Degenerationsprodukten.

K. ist der Ansicht, daß für die Entstehung der beschriebenen Granulome traumatische Einwirkungen eine Rolle spielen, wofür vor allem die Bevorzugung so exponierter Stellen, wie es Hände und Füße sind, spricht. Er faßt den ganzen Prozeß auf als eine schleichende Infektion mit Staphylokokken, wobei es nicht zur Eiterung, sondern zur Bildung von Granulationsgewebe kommt. Die auffallend starke Gefäßwucherung führt er auf häufige Gefäßschädigungen in den, vielen Traumen ausgesetzten Geschwülsten zurück. Da jeder Anhaltspunkt dafür fehlt, daß wir in den als Botryomykosis hominis bezeichneten Erkrankungen eine spezifische Infektionskrankheit vor uns haben, empfiehlt K., die Bezeichnung »Botryomykose« vorerst ganz fallen zu lassen und die Krankheitsprodukte nach ihrem histologischen Bau als teleangiektatische Granulome zu bezeichnen.

M. v. Brunn (Tübingen).

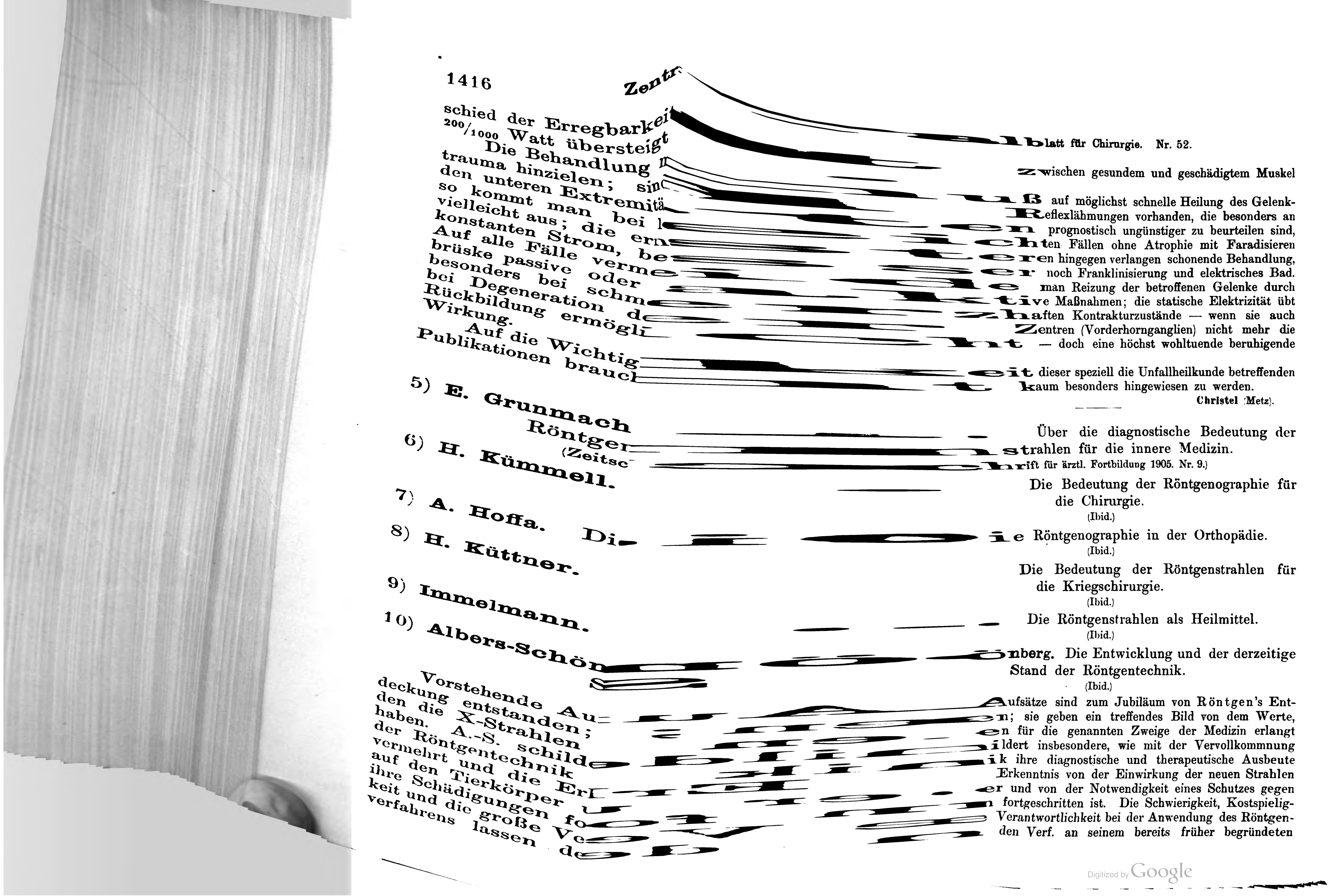
4) **Mally** et **L. Richon.** Contributions à l'étude des impotences fonctionelles consécutives aux traumatismes articulaires.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 3, 5, 7—10; XXV. ann. Nr. 4—6.)

Obgleich die mühsame Arbeit der Verff. in nicht weniger als neun Heften zweier Jahrgänge der Revue de chir. niedergelegt ist, wobei den breitesten Raum die mit allen technischen Einzelheiten der Untersuchung und Behandlung wiedergegebenen Fälle einnehmen, kann im großen und ganzen auf eine frühere Arbeit verwiesen werden, wo in größerer Kürze die gleichen Gesichtspunkte für Prognose, Untersuchung, Behandlung, anatomische Unterlage entwickelt worden.

Wenn auch im allgemeinen die Lähmungen, welche auf Gelenktraumen folgen, bezüglich ihrer Intensität nicht in direktem Verhältnis zur Schwere der Verletzung stehen, die das Gelenk betraf, so ist doch andererseits ein deutliches Verhältnis zwischen Schwere der Atrophien und Heilungsdauer der Gelenkaffektion — Hydarthros, Hämarthros — erkennbar. Für die Prognose gibt die Untersuchung mit konstantem Strom dann gewisse Anhaltspunkte, wenn der Unter-





schied der Erregbarkeit zwischen gesundem und geschädigtem Muskel $^{200}/_{1000}$ Watt übersteigt.

Die Behandlung muß auf möglichst schnelle Heilung des Gelenktrauma hinzielen; sind Reflexlähmungen vorhanden, die besonders an den unteren Extremitäten prognostisch ungünstiger zu beurteilen sind, so kommt man bei leichten Fällen ohne Atrophie mit Faradisieren vielleicht aus; die ersteren hingegen verlangen schonende Behandlung, konstanten Strom, besser noch Franklinisierung und elektrisches Bad. Auf alle Fälle vermeide man Reizung der betroffenen Gelenke durch brüske passive oder aktive Maßnahmen; die statische Elektrizität übt besonders bei schmerzhaften Kontrakturzustände — wenn sie auch bei Degeneration der Zentren (Vorderhornganglien) nicht mehr die Rückbildung ermöglicht — doch eine höchst wohltuende beruhigende Wirkung.

Auf die Wichtigkeit dieser speziell die Unfallheilkunde betreffenden Publikationen braucht kaum besonders hingewiesen zu werden.

Christel (Metz).

---

5) **E. Grunmach.** Über die diagnostische Bedeutung der Röntgenstrahlen für die innere Medizin.
(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1905. Nr. 9.)

6) **H. Kümmell.** Die Bedeutung der Röntgenographie für die Chirurgie.
(Ibid.)

7) **A. Hoffa.** Die Röntgenographie in der Orthopädie.
(Ibid.)

8) **H. Küttner.** Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Kriegschirurgie.
(Ibid.)

9) **Immelmann.** Die Röntgenstrahlen als Heilmittel.
(Ibid.)

10) **Albers-Schönberg.** Die Entwicklung und der derzeitige Stand der Röntgentechnik.
(Ibid.)

Vorstehende Aufsätze sind zum Jubiläum von Röntgen's Entdeckung entstanden; sie geben ein treffendes Bild von dem Werte, den die X-Strahlen für die genannten Zweige der Medizin erlangt haben. A.-S. schildert insbesondere, wie mit der Vervollkommnung der Röntgentechnik ihre diagnostische und therapeutische Ausbeute vermehrt und die Erkenntnis von der Einwirkung der neuen Strahlen auf den Tierkörper und von der Notwendigkeit eines Schutzes gegen ihre Schädigungen fortgeschritten ist. Die Schwierigkeit, Kostspieligkeit und die große Verantwortlichkeit bei der Anwendung des Röntgenverfahrens lassen den Verf. an seinem bereits früher begründeten

Standpunkt festhalten, daß es wirklich sachgemäß nur von Spezialinstituten und Krankenhäusern ausgeübt werden kann.

Gutzeit (Neidenburg).

---

11) **Béclère.** La radiothérapie dans les leucémies.

(Soc. méd. des hôpitaux 1905. Juni 6; Bulletins p. 480—486.)

B. stellt unter Anführung eines eigenen Falles die bisherigen Erfolge der Röntgenbehandlung bei Leukämie zusammen und kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Röntgenbehandlung ist bei allen Formen der Leukämie die beste Behandlungsmethode und ist um so wirksamer, je frühzeitiger sie einsetzt. Besteht über die Natur einer Milzvergrößerung oder einer Lymphdrüsenerkrankung Zweifel, so kann die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen zur Differentialdiagnose beitragen. Der Erfolg der Röntgenbehandlung besteht gewöhnlich in Verschwinden des Fiebers, Besserung des Allgemeinzustandes, Aufhören der Schmerzen, der Ödeme, der Albuminurie, Zunahme der Kräfte und des Körpergewichts, bedeutender Abnahme der Milz- und Drüsenschwellungen, welche sogar ganz verschwinden können. Das Blut verliert allmählich den Charakter des leukämischen, die roten Blutkörperchen nehmen zu, und allmählich kann die Leukocytenformel wieder normal werden, gewöhnlich schneller bei der myelogenen Form, langsamer bei der lymphatischen. Alle diese Erfolge beziehen sich auf chronische Leukämie. Die Röntgenbehandlung muß sehr lange dauern und unter Umständen auf unbegrenzte Zeit fortgesetzt werden.

Mohr (Bielefeld).

---

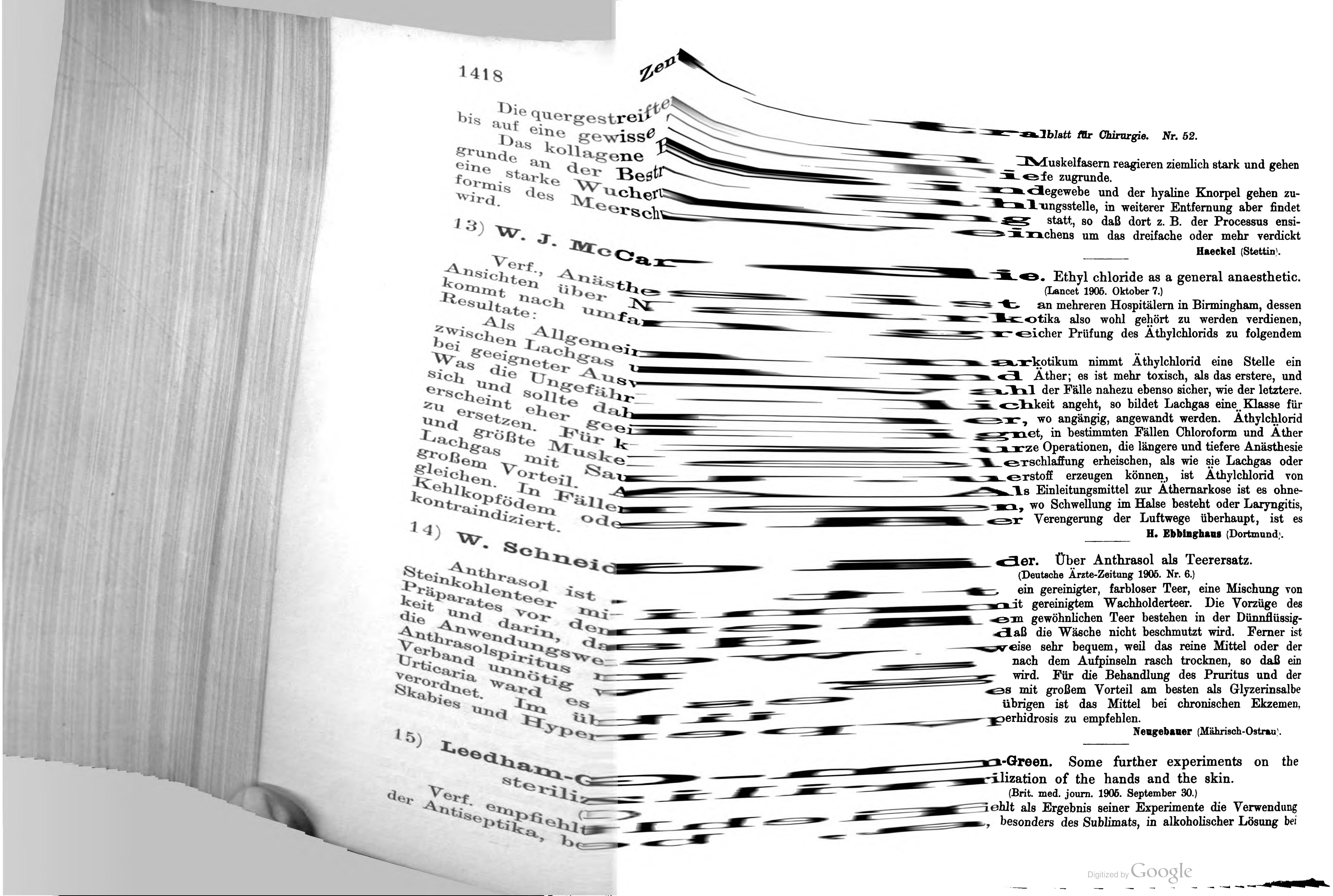
12) **Thies.** Wirkung der Radiumstrahlen auf verschiedene Gewebe und Organe.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 5.)

T. experimentierte an Meerschweinchen, um die Radiumwirkung auf verschiedene Gewebe und Organe zu studieren; er benutzte eine Kapsel mit 20 mg Radiumbromid. Es zeigte sich, daß kein Gewebe dadurch unbeeinflußt bleibt, es sei denn das elastische Gewebe, das zum wenigsten sehr widerstandsfähig ist. An erster Stelle an Empfindlichkeit steht das adenoide Gewebe, die Milz, die Lymphdrüsen, das Knochenmark; die Lymphocyten und polynukleären Leukocyten verschwinden fast vollständig.

Demnächst ist äußerst empfindlich die Epithelzelle der Haut; sie geht an der bestrahlten Stelle vollständig zugrunde; unter gewissen Umständen aber wuchern die Epidermiszellen stark, und es kommt zu einem Bilde, wie man es sonst bei dem Hautkankroid beobachtet, ohne daß damit gesagt sein soll, daß ein solches vorliegt.

Sehr intensiv reagieren die Gefäße. Die Gefäßveränderung gipfelt in starker blasiger Vortreibung der Endothelien, die bei kleineren Gefäßen zum vollkommenen Verschluß der Lichtung führen kann.



Die quergestreiften Muskelfasern reagieren ziemlich stark und gehen bis auf eine gewisse Tiefe zugrunde.

Das kollagene Bindegewebe und der hyaline Knorpel gehen zugrunde an der Bestrahlungsstelle, in weiterer Entfernung aber findet eine starke Wucherung statt, so daß dort z. B. der Processus ensiformis des Meerschweinchens um das dreifache oder mehr verdickt wird.

Haeckel (Stettin).

13) **W. J. McCardie.** Ethyl chloride as a general anaesthetic. (Lancet 1905. Oktober 7.)

Verf., Anästhetist an mehreren Hospitälern in Birmingham, dessen Ansichten über Narkotika also wohl gehört zu werden verdienen, kommt nach umfangreicher Prüfung des Äthylchlorids zu folgendem Resultate:

Als Allgemeinnarkotikum nimmt Äthylchlorid eine Stelle ein zwischen Lachgas und Äther; es ist mehr toxisch, als das erstere, und bei geeigneter Auswahl der Fälle nahezu ebenso sicher, wie der letztere. Was die Ungefährlichkeit angeht, so bildet Lachgas eine Klasse für sich und sollte daher, wo angängig, angewandt werden. Äthylchlorid erscheint eher geeignet, in bestimmten Fällen Chloroform und Äther zu ersetzen. Für kurze Operationen, die längere und tiefere Anästhesie und größte Muskelerschlaffung erheischen, als wie sie Lachgas oder Lachgas mit Sauerstoff erzeugen können, ist Äthylchlorid von großem Vorteil. Als Einleitungsmittel zur Äthernarkose ist es ohnegleichen. In Fällen, wo Schwellung im Halse besteht oder Laryngitis, Kehlkopfödem oder Verengerung der Luftwege überhaupt, ist es kontraindiziert.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

14) **W. Schneider.** Über Anthrasol als Teerersatz. (Deutsche Ärzte-Zeitung 1905. Nr. 6.)

Anthrasol ist ein gereinigter, farbloser Teer, eine Mischung von Steinkohlenteer mit gereinigtem Wachholderteer. Die Vorzüge des Präparates vor dem gewöhnlichen Teer bestehen in der Dünnflüssigkeit und darin, daß die Wäsche nicht beschmutzt wird. Ferner ist die Anwendungsweise sehr bequem, weil das reine Mittel oder der Anthrasolspiritus nach dem Aufpinseln rasch trocknen, so daß ein Verband unnötig wird. Für die Behandlung des Pruritus und der Urticaria ward es mit großem Vorteil am besten als Glyzerinsalbe verordnet. Im übrigen ist das Mittel bei chronischen Ekzemen, Skabies und Hyperhidrosis zu empfehlen.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

15) **Leedham-Green.** Some further experiments on the sterilization of the hands and the skin. (Brit. med. journ. 1905. September 30.)

Verf. empfiehlt als Ergebnis seiner Experimente die Verwendung der Antiseptika, besonders des Sublimats, in alkoholischer Lösung bei

der Händedesinfektion und erklärt die gute Wirkung des Sublimat-Alkohols 1 : 1000 zum großen Teil durch den adstringierenden Einfluß sowohl des Alkohols wie des Sublimats auf die Haut. Die Epidermis wird gehärtet, die Zellen fester aneinander gefügt, die Loslösung von Keimen erschwert. Das von Engel und Sarwey empfohlene Sublamin hat diese adstringierende Eigenschaft bei weitem nicht in dem Maße wie das Sublimat und nach Meinung des Verf.s aus diesem Grund und experimentell nachgeprüft durchaus nicht die von Engel und Sarwey so gerühmte Überlegenheit desinfektorischer Kraft. Aus ähnlichen Gründen verwirft Verf. die vorbereitenden Umschläge des Operationsgebietes mit wäßrigen Lösungen von Desinfizientien jeder Art und fordert deren Ersatz durch alkoholische Solutionen. Er fand experimentell, daß diese feuchtwarmen Umschläge mit wäßrigen Lösungen nicht nur keine Keime abtöten, sondern vielmehr ihre Anzahl durch Auflockerung der Epidermis vermehren.

Weber (Dresden).

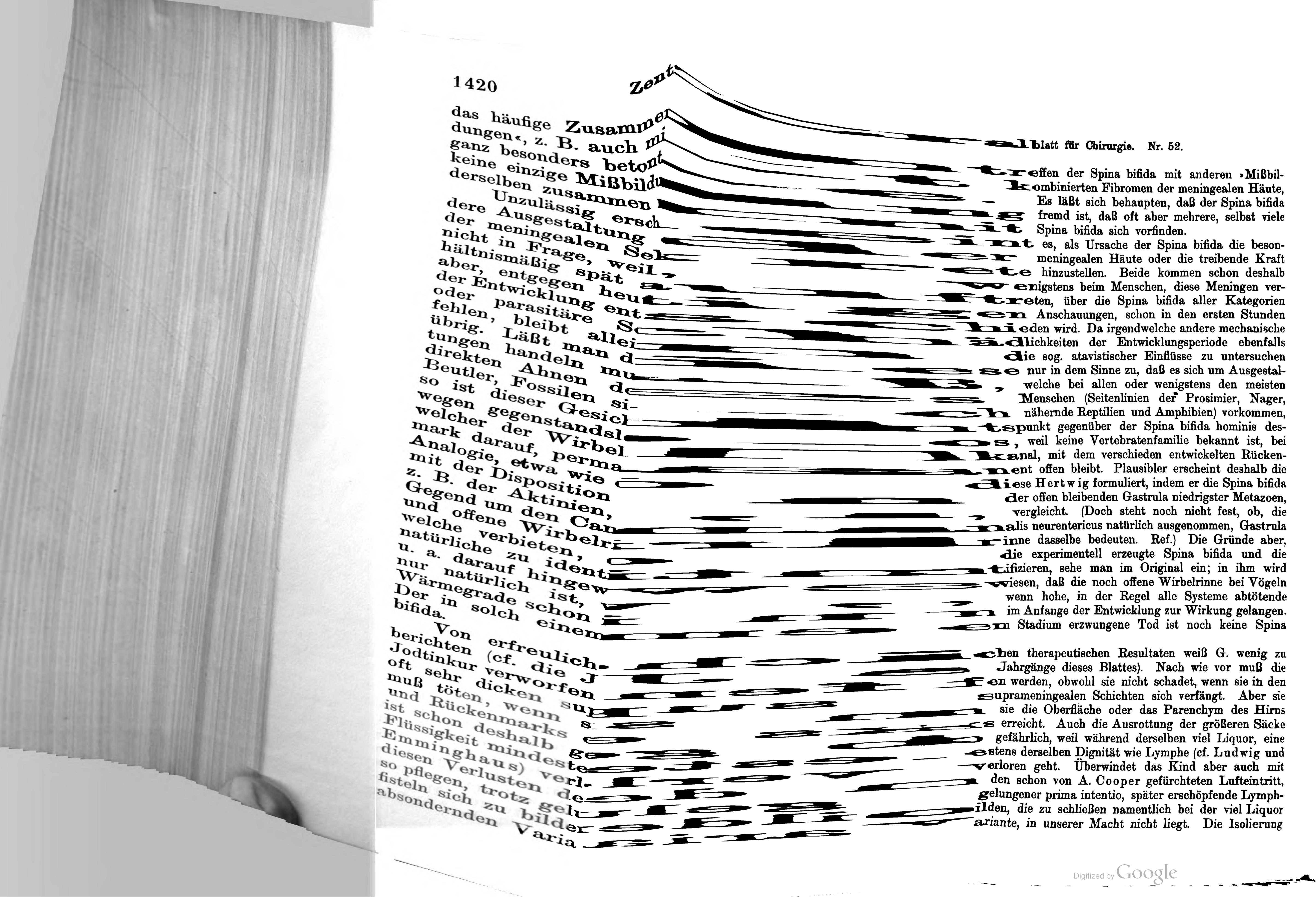
---

16) **S. v. Gurbski.** In Sachen der Spina bifida.

Inaug.-Diss., Dorpat, 1902. (Russisch.)

Aus Koch's Schrift über Spina bifida 1881 geht hervor, daß die Alten so ziemlich alle Varianten der als Spina bifida zusammengefaßten Störungen, außer z. B. der Spina bifida occulta, die durch den Wirbelspalt tretende Hernie des Rückens, kannten, und daß, wenn nicht die Alten, so doch Heimgegangene, u. a. Foerster, prinzipielle Unterschiede zwischen Spina bifida einerseits, Anencephalie und Encephalokele andererseits aufzufinden sich außer Stande erklärten. Sodann gab Koch die feinere Anatomie des Rückenmarkes der Spina bifida. Lag dasselbe als Platte auf der Wirbelrinne (Schisisformen), so bestand es aus marklosen Nervenfasern mit Ganglienzellen dazwischen, ohne jedesmal Zusammenhang mit den Rückenmarkswurzeln zu haben. Hatte aber das Rückenmark zum Zylinder sich entwickelt, so war der Unterschied vom gewöhnlichen die lamellöse Struktur dieses Zylinders, mit weiten Spalträumen zwischen den Lamellen. Beides ist heute ebenso vergessen wie die Tatsache, daß es eine Spina bifida gibt, bei der die Menge des Liquor nahezu konstant bleibt, während letzterer andere Male, unter Drucksteigerung innerhalb der meningealen Räume, stetig sich vermehrt. Doch kennen wir in diesem Falle die Höhe des Druckes nicht, da Quinke's Messungen nur an der ersten Gruppe vorgenommen zu sein scheinen (vgl. übrigens Spiro). Ein doppeltes Rückenmark auf einer Wirbelrinne, welches auf Grund älterer Funde der Zoologen möglich wäre, ist wenigstens bei der Spina bifida hominis, trotz zahlreicher positiver Angaben, nicht, auch nicht von v. Recklingshausen bewiesen worden. Die Täuschung wurde allemal durch ein einziges, längshalbiertes, doppelt zylindrisches Rückenmark hervorgerufen. v. Recklingshausen endlich erörterte auf das gewissenhafteste das Verhältnis der meningealen Häute zum Rückenmark der Spina bifida, wie wir ihm dafür zu danken haben, daß er





das häufige Zusammentreffen der Spina bifida mit anderen »Mißbildungen«, z. B. auch mit kombinierten Fibromen der meningealen Häute, ganz besonders betont [illegible]. Es läßt sich behaupten, daß der Spina bifida keine einzige Mißbildung fremd ist, daß oft aber mehrere, selbst viele derselben zusammen mit Spina bifida sich vorfinden.

Unzulässig erscheint es, als Ursache der Spina bifida die besondere Ausgestaltung der meningealen Häute oder die treibende Kraft der meningealen Sekrete hinzustellen. Beide kommen schon deshalb nicht in Frage, weil sie wenigstens beim Menschen, diese Meningen verhältnismäßig spät auftreten, über die Spina bifida aller Kategorien aber, entgegen heutigen Anschauungen, schon in den ersten Stunden der Entwicklung entschieden wird. Da irgendwelche andere mechanische oder parasitäre Schädlichkeiten der Entwicklungsperiode ebenfalls fehlen, bleibt allein die sog. atavistischer Einflüsse zu untersuchen übrig. Läßt man diese nur in dem Sinne zu, daß es sich um Ausgestaltungen handeln muß, welche bei allen oder wenigstens den meisten direkten Ahnen des Menschen (Seitenlinien der Prosimier, Nager, Beutler, Fossilen sich annähernde Reptilien und Amphibien) vorkommen, so ist dieser Gesichtspunkt gegenüber der Spina bifida hominis deswegen gegenstandslos, weil keine Vertebratenfamilie bekannt ist, bei welcher der Wirbelkanal, mit dem verschieden entwickelten Rückenmark darauf, permanent offen bleibt. Plausibler erscheint deshalb die Analogie, etwa wie diese Hertwig formuliert, indem er die Spina bifida mit der Disposition der offen bleibenden Gastrula niedrigster Metazoen, z. B. der Aktinien, vergleicht. (Doch steht noch nicht fest, ob, die Gegend um den Canalis neurentericus natürlich ausgenommen, Gastrula und offene Wirbelrinne dasselbe bedeuten. Ref.) Die Gründe aber, welche verbieten, die experimentell erzeugte Spina bifida und die natürliche zu identifizieren, sehe man im Original ein; in ihm wird u. a. darauf hingewiesen, daß die noch offene Wirbelrinne bei Vögeln nur natürlich ist, wenn hohe, in der Regel alle Systeme abtötende Wärmegrade schon im Anfange der Entwicklung zur Wirkung gelangen. Der in solch einem Stadium erzwungene Tod ist noch keine Spina bifida.

Von erfreulichen therapeutischen Resultaten weiß G. wenig zu berichten (cf. die Jahrgänge dieses Blattes). Nach wie vor muß die Jodtinkur verworfen werden, obwohl sie nicht schadet, wenn sie in den oft sehr dicken suprameningealen Schichten sich verfängt. Aber sie muß töten, wenn sie die Oberfläche oder das Parenchym des Hirns und Rückenmarks erreicht. Auch die Ausrottung der größeren Säcke ist schon deshalb gefährlich, weil während derselben viel Liquor, eine Flüssigkeit mindestens derselben Dignität wie Lymphe (cf. Ludwig und Emminghaus) verloren geht. Überwindet das Kind aber auch mit diesen Verlusten den schon von A. Cooper gefürchteten Lufteintritt, so pflegen, trotz gelungener prima intentio, später erschöpfende Lymphfisteln sich zu bilden, die zu schließen namentlich bei der viel Liquor absondernden Varianten, in unserer Macht nicht liegt. Die Isolierung

des meningealen Sackes und seine Verkleinerung durch mehrfache Einstülpung (ohne Eröffnung) dürfte also das mildere Verfahren sein, falls man überhaupt operiert (Koch)[1]. Bei kleinen Säcken, besonders der Encephalokele mit wenig Hirndetritus liegen die Verhältnisse natürlich günstiger; der kosmetische Erfolg aber, dessenwegen man doch allein operiert, bleibt, infolge der gleichzeitigen Verbildung der Nachbarschaft, durchschnittlich gering. Vor der Berstung des meningealen Sackes endlich fürchte man sich wenig, da selbst die durchscheinendsten Formen fester und dicker zu sein pflegen, als man animmt. Den vielen, übrigens selbstverständlichen Vorschlägen, so entstandene Eröffnungen, den Canalis neurentericus und die Partiarschise plastisch zu verschließen, dürfte auch deswegen ein nur bescheidener Wert innewohnen, weil die Infektion der Meningen durch solche Pforten zu den größten Seltenheiten gehört. (Erwähnt sei noch, daß, als in der Klinik gelegentlich der Encephalokele ein größeres Stück des Nasenstirnhirnes abgetragen worden war, sofort Atmungsstillstand eintrat, das Herz aber bei — unterbrochen — künstlich fortgeführter Atmung noch 3 Stunden lang schlug. Es dürften also Beziehungen zwischen Stirnhirn und Atmung existieren. Was zu ermitteln bleibt, wäre die Natur der meningealen Cysten der Wirbelsäule, soweit diese als Teilerscheinungen besonderer Abschnürungen des Schwanzendes der Wirbelsäule oder dort sitzender Teratome nicht anzusprechen sind. Da diese reine Cyste immer mit vorderer (Marchand) oder hinterer Wirbelspalte sich vergesellschaftet, wird sie anderer Bedeutung als die Spina bifida selbst kaum sein. Ref.).

W. Koch (Dorpat).

---

17) **Gessner.** Die Prädisposition der Lungenspitze für Tuberkulose in entwicklungsgeschichtlicher Beleuchtung.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV. Hft. 2.)

Verf. nimmt für die so häufige Erkrankung der Lungenspitze, des Wurmfortsatzes und der Gallenblase ein gleiches ursächliches Moment an. Alle drei seien Endigungen, Spitzen von Hohlorganen, hervorgegangen aus Ausstülpungen des fötalen Darmrohres, späterhin in der Rumpfhöhle fixiert und mehr oder weniger rechtwinklig angesetzt an ihr Kanalsystem. Jede plötzliche Erhöhung des Druckes in den Rumpfhöhlen führe zur Rückstauung des jeweiligen Inhaltes der drei Hohlorgane gegen ihre Spitze hin, damit zu einer Zirkulationsstörung in den Blut- und Lymphgefäßen der Wandung und dadurch zu einer größeren oder geringeren Erhöhung der Disposition für infektiöse Prozesse.

W. v. Brunn (Rostock).

---

[1] Läßt sich mit einigem Erfolge bei größeren kavernösen Angiomen, Blutcysten u. a. gleichfalls anwenden. Koch.



18) **Gessner.** Läßt [illegible] sich eine Stenose der oberen Thorax-
apertur [illegible] durch Messung nachweisen?
(Beiträge zu[illegible] Klinik der Tuberkulose Bd. IV. Hft. 2.)

G. hat analog d[illegible] Beckenmessung in der Geburtshilfe ein Verfahren ersonnen zur [illegible] Messung der oberen Thoraxöffnung. Mit dem Tasterzirkel stellt er [illegible] Entfernung zwischen dem Processus spin. des 7. Halswirbels und [illegible] vorderen oberen Kante des Brustbeins fest und die Entfernung [illegible] schen den lateralen Enden der Schlüsselbeine. Aus 870 Messunge[illegible] an Personen vom 1. Lebensmonate bis zum 90. Jahre hat er D[illegible] chschnittswerte berechnet und leitet aus dem Verhältnis einer ein[illegible] en Messung zu dem Durchschnittswerte gewisse Anhaltspunkte für [illegible] Prognose bei Erkrankungen an Lungentuberkulose ab. Jedenfa[illegible] beantwortet er die obige Frage im positiven Sinne.

W. v. Brunn (Rostock).

---

19) **L. Talke.** Z[illegible] r Kenntnis der Heilung von Lungenwunden. Kli[illegible] ischer und experimenteller Beitrag.
(Beiträg[illegible] zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. p. 191.)

T. stellte an H[illegible] nden, Katzen, seltener an Kaninchen Versuche über die Heilung v[illegible] unden Lungenwunden an zu dem Zwecke, die dabei sich abspielenden a[illegible] natomischen Vorgänge zu studieren. Es wurden entweder keilförmig[illegible] Stücke aus einem Lappen ausgeschnitten und die Wunden mit Se[illegible] genäht, oder es wurden die Randpartien eines Lappens abgetragen [illegible] und die Wunden unversorgt sich selbst überlassen, oder es wurden Sub[illegible] stanzverluste im Innern der Lunge gesetzt.

Am zahlreichste[illegible] en wurden die Resektionsversuche ausgeführt. Es ergab sich dabei, d[illegible] daß die Lunge außerordentlich große Neigung zu primärer Verheilung [illegible] besitzt. Vorbedingung dafür ist eine gute Aneinanderlagerung de[illegible] er Wundflächen und eine feste Vereinigung der Wundränder. Dab[illegible] ei schadet eine Einkrempelung der Wundränder nichts, weil auch d[illegible] die Pleuraoberfläche die Fähigkeit besitzt, mit der Wundfläche zu ver[illegible] rkleben. Der Vereinigung durch Narbengewebe geht eine Verklebung [illegible] ng der Wundflächen mit einer Kittsubstanz voraus, mit der sich jede W[illegible] Wundfläche für sich überzieht. Die zur Bildung der Narbe bestimm[illegible] mten Fibroblasten stammen wahrscheinlich vom Bindegewebe der er[illegible] eröffneten Alveolarinterstitien ab. Das angrenzende Lungengewebe beteil[illegible] teiligt sich an dem Aufbau der Narbe nicht. Bestehen die Wundrän[illegible] änder aus atelektatischem Lungengewebe, so ist das die Wundflächen be[illegible] bedeckende Exsudat sehr spärlich oder fehlt ganz. Die Vereinigung erf[illegible] erfolgt dann durch direkte Aneinanderlagerung der atelektatischen Lung[illegible] ungenabschnitte, wobei die Wucherung des Bindegewebes eine sehr g[illegible] r geringe ist und verhältnismäßig spät einsetzt. Verbreitet sich dageger[illegible] egen das Exsudat außer zwischen den Wundflächen auch in angrenzende[illegible] nde Teile des Lungengewebes, so werden auch diese durchtränkten Gewe[illegible] ewebsabschnitte der Lunge zum Aufbau der Narbe mit verwendet. Es re[illegible] Es resultieren daraus breite, voluminöse Lungennarben.

In diesen Fällen geht das von Bindegewebe durchwucherte Lungengewebe zugrunde. Das benachbarte pneumonisch infiltrierte oder blutig infarzierte Lungengewebe wird wahrscheinlich nicht mehr voll funktionsfähig, bei geringen Mengen von Exsudat kann sich die Atmungsfähigkeit wieder einstellen. Das Lungengewebe zeigt keine Regenerationsfähigkeit. Eine Neubildung von elastischem Gewebe war nirgends zu konstatieren. Wohl aber vermag das respiratorische Epithel sich soweit zu regenerieren, daß eröffnete Alveolen wieder geschlossen und mit Epithel umkleidet werden können. Auch zur Ausbildung solider Zapfen und Zellkomplexe kann es durch Wucherung des Alveolarepithels kommen. Die zur Ligatur und Naht verwendeten Seidenfäden heilten stets fast reaktionslos ein, indem die Alveolarepithelien durch den Druck zugrunde gingen und nur das Bindegewebsgerüst übrig blieb. Die Fäden waren auf diese Weise von einer bindegewebigen Kapsel umgeben, die jedoch nicht aus neugebildetem, sondern aus den Resten des alten Bindegewebes bestand. Die Fäden sollen nur locker angezogen und geknüpft werden, sie sollen ferner bei der Naht dicht neben dem Wundrand eingestochen und ganz flach unter der Pleura durchgeführt werden, damit nicht zu viel Lungengewebe durch Atelektase und Druckatrophie zugrunde geht.

Ähnlich sind die Vorgänge bei oberflächlichen nicht genähten Randdefekten. Sie bedecken sich rasch mit einem blutig-fibrinösen Exsudat, das einen provisorischen Abschluß bewirkt. Auch hier sind deutliche regenerative Vorgänge an den Alveolarepithelien zu bemerken, welche die intraalveolär gelegenen Exsudatpfröpfe umwachsen und in den eröffneten Alveolen den verloren gegangenen Teil des Wandbelages ersetzen. Auch das Bronchialepithel ist zu ähnlichen Wucherungen befähigt.

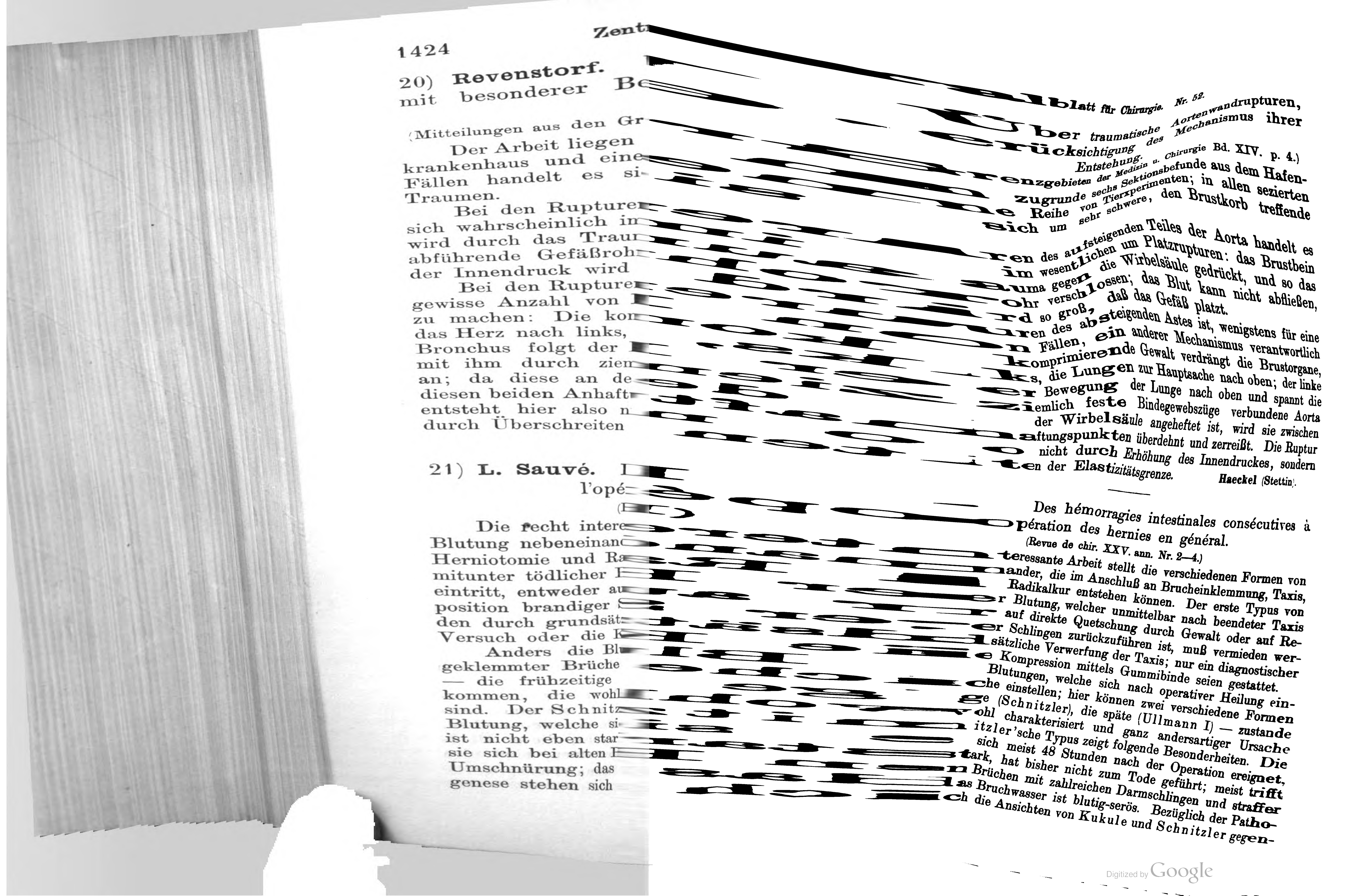
Bei Substanzverlusten im Innern der Lunge ließen sich drei Schichten erkennen: Die äußerste bestand aus kollabiertem, sonst aber erhaltenem Lungengewebe, die mittlere aus jungem Bindegewebe, die innerste aus einem fibrinös-zelligen Exsudat.

Stichverletzungen der Lunge führen bei primärer Heilung nicht zum Verlust von Lungengewebe. Das bei der Verletzung verloren gegangene Epithel wird regeneriert. Die reparatorischen Vorgänge sind schon nach 8 Tagen abgeschlossen.

Ähnliche Bilder, wie in den experimentell erhaltenen Präparaten fanden sich in einem Falle von Lungennaht beim Menschen, der nach 40 Stunden an Herzschwäche gestorben war.

Besondere auf die Anlegung der Naht gerichtete Versuche ergaben, daß Raffnähte insofern unzweckmäßig sind, als sie einen verhältnismäßig großen Teil des Lungengewebes dem Untergange weihen. Auch durch Verwendung feinen Catguts gelang es nicht, diesen Übelstand zu beseitigen. Wenn es die Blutstillung gestattet, sind also oberflächliche Nähte zweckmäßiger. **M. v. Brunn** (Tübingen).





20) Revenstorf. Über traumatische Aortenwandrupturen, mit besonderer Berücksichtigung des Mechanismus ihrer Entstehung.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. p. 4.)

Der Arbeit liegen zugrunde sechs Sektionsbefunde aus dem Hafenkrankenhaus und eine Reihe von Tierexperimenten; in allen sezierten Fällen handelt es sich um sehr schwere, den Brustkorb treffende Traumen.

Bei den Rupturen des aufsteigenden Teiles der Aorta handelt es sich wahrscheinlich im wesentlichen um Platzrupturen: das Brustbein wird durch das Trauma gegen die Wirbelsäule gedrückt, und so das abführende Gefäßrohr verschlossen; das Blut kann nicht abfließen, der Innendruck wird so groß, daß das Gefäß platzt.

Bei den Rupturen des absteigenden Astes ist, wenigstens für eine gewisse Anzahl von Fällen, ein anderer Mechanismus verantwortlich zu machen: Die komprimierende Gewalt verdrängt die Brustorgane, das Herz nach links, die Lungen zur Hauptsache nach oben; der linke Bronchus folgt der Bewegung der Lunge nach oben und spannt die mit ihm durch ziemlich feste Bindegewebszüge verbundene Aorta an; da diese an der Wirbelsäule angeheftet ist, wird sie zwischen diesen beiden Anhaftungspunkten überdehnt und zerreißt. Die Ruptur entsteht hier also nicht durch Erhöhung des Innendruckes, sondern durch Überschreiten der Elastizitätsgrenze.

Haeckel (Stettin).

21) L. Sauvé. Des hémorragies intestinales consécutives à l'opération des hernies en général.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 2—4.)

Die recht interessante Arbeit stellt die verschiedenen Formen von Blutung nebeneinander, die im Anschluß an Brucheinklemmung, Taxis, Herniotomie und Radikalkur entstehen können. Der erste Typus von mitunter tödlicher Blutung, welcher unmittelbar nach beendeter Taxis eintritt, entweder auf direkte Quetschung durch Gewalt oder auf Reposition brandiger Schlingen zurückzuführen ist, muß vermieden werden durch grundsätzliche Verwerfung der Taxis; nur ein diagnostischer Versuch oder die Kompression mittels Gummibinde seien gestattet.

Anders die Blutungen, welche sich nach operativer Heilung eingeklemmter Brüche einstellen; hier können zwei verschiedene Formen — die frühzeitige (Schnitzler), die späte (Ullmann I) — zustande kommen, die wohl charakterisiert und ganz andersartiger Ursache sind. Der Schnitzler'sche Typus zeigt folgende Besonderheiten. Die Blutung, welche sich meist 48 Stunden nach der Operation ereignet, ist nicht eben stark, hat bisher nicht zum Tode geführt; meist trifft sie sich bei alten Brüchen mit zahlreichen Darmschlingen und straffer Umschnürung; das Bruchwasser ist blutig-serös. Bezüglich der Pathogenese stehen sich die Ansichten von Kukule und Schnitzler gegen-

über: S. entscheidet sich für letzteren, und nimmt mit ihm arterielle Ischämie, Schädigung der Kapillaren und Diapedese als ursächliches Moment an, während der von Kukule besonders vertretenen Thrombose der Venen als einziger Ätiologie nur der Wert einer erschwerenden Komplikation beigemessen wird.

Die Spätblutungen nach Herniotomie (Type Ullmann I) sind wesentlich ernster und treten unter folgenden Bedingungen ein: Die Träger der Brüche sind Arteriosklerotiker; die Darmschlinge ist kurz, fest und relativ lange eingeklemmt. 6 Tage oder später nach der Operation nach anfänglich reaktionslosem Verlauf stellen sich Entleerungen von meist großen Mengen teilweise zersetzt riechenden Blutes ein, worunter sich brandige Gewebsfetzen finden können: sie verdanken ihre Entstehung der Abstoßung des vom Drucke der Einschnürung brandig gewordenen Schleimhautabschnittes.

Endlich kommen auch Blutungen nach Radikalheilung zustande, ohne daß Einklemmung vorausgegangen wäre (Type Ullmann II); können auf der einen Seite Unterbindungen von Netzgefäßen zwecks mehr oder weniger ausgedehnter Resektion der Anlaß werden, sind auf der anderen solche Manipulationen nicht vorausgegangen. Die zwei hierhergehörigen Fälle — Ullmann, Quénu — sind somit nicht ganz gleichartig, scheinen jedoch die gleiche Ursache zur Erklärung der mit Erbrechen verbundenen Blutungen zuzulassen, nämlich die retrograde Thrombose arterieller Gefäße.

Bezüglich unseres therapeutischen Verhaltens solchen Blutungen gegenüber verweist S. im allgemeinen auf die üblichen Mittel, hält jedoch bei schweren Fällen nach Schorfabstoßung operatives Eingreifen (Resektion und seitliche Anastomose) für berechtigt.

Christel (Metz).

---

22) **Bardenheuer** und **Grässner.** Die Technik der Extensionsverbände bei der Behandlung der Frakturen und Luxationen der Extremitäten.

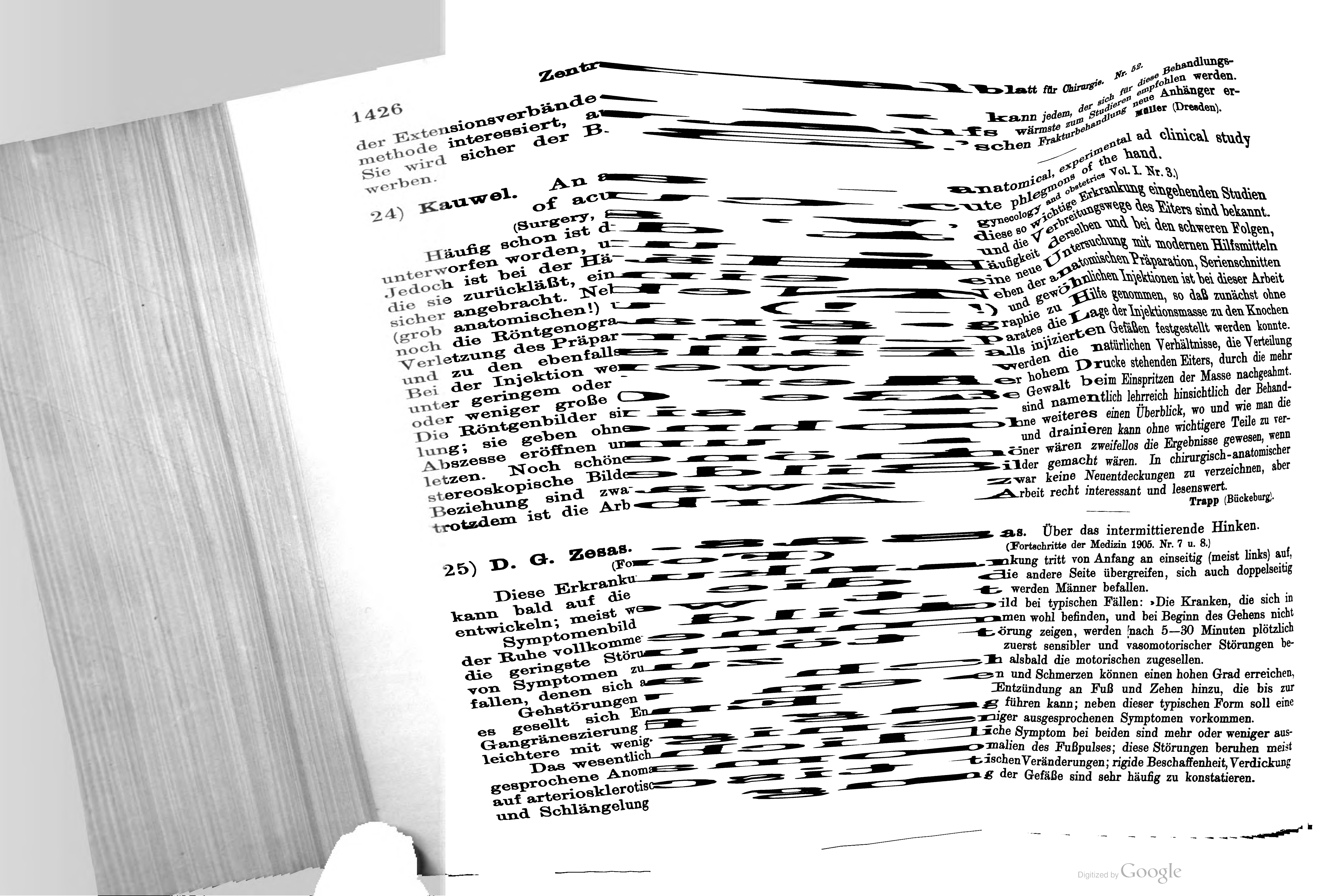
Stuttgart, Ferd. Enke, 1905.

23) **Grässner.** Die Prinzipien der Bardenheuer'schen Frakturbehandlung.

(Berliner Klinik 1905. September.)

Die erste Arbeit ist eine verkürzte und umgearbeitete Neuauflage des 1890 erschienenen »Leitfadens der Behandlung der Frakturen und Luxationen der Extremitäten mittels Feder- resp. Gewichtsextension« von B. Sie befaßt sich, wie der Titel zeigt, fast ausschließlich mit der Technik der Streckverbände, und es werden im speziellen Teil, an der Hand sehr instruktiver Abbildungen, die für jeden Bruch bezüglich Verrenkung im Bürgerhospital in Köln erprobten und angewandten Verbandmethoden klar und eingehend beschrieben. Im ersten allgemeinen Teile, der sich völlig mit der zweiten Arbeit deckt, werden die Grundsätze der B.'schen Extensionsbehandlung erläutert. »Die Technik





der Extensionsverbände kann jedem, der sich für diese Behandlungsmethode interessiert, aufs wärmste zum Studieren empfohlen werden. Sie wird sicher der B[illegible]schen Frakturbehandlung neue Anhänger erwerben. **Müller** (Dresden).

24) Kauwel. An anatomical, experimental ad clinical study of acute phlegmons of the hand.
(Surgery, gynecology and obstetrics Vol. I. Nr. 3.)

Häufig schon ist diese so wichtige Erkrankung eingehenden Studien unterworfen worden, und die Verbreitungswege des Eiters sind bekannt. Jedoch ist bei der Häufigkeit derselben und bei den schweren Folgen, die sie zurückläßt, eine neue Untersuchung mit modernen Hilfsmitteln sicher angebracht. Neben der anatomischen Präparation, Serienschnitten (grob anatomischen!) und gewöhnlichen Injektionen ist bei dieser Arbeit noch die Röntgenographie zu Hilfe genommen, so daß zunächst ohne Verletzung des Präparates die Lage der Injektionsmasse zu den Knochen und zu den ebenfalls injizierten Gefäßen festgestellt werden konnte. Bei der Injektion werden die natürlichen Verhältnisse, die Verteilung unter geringem oder hohem Drucke stehenden Eiters, durch die mehr oder weniger große Gewalt beim Einspritzen der Masse nachgeahmt. Die Röntgenbilder sind namentlich lehrreich hinsichtlich der Behandlung; sie geben ohne weiteres *einen Überblick*, wo und wie man die Abszesse eröffnen und drainieren *kann ohne* wichtigere Teile zu verletzen. Noch schöner wären *zweifellos die Ergebnisse gewesen*, wenn stereoskopische Bilder *gemacht wären*. In *chirurgisch-anatomischer* Beziehung sind zwar keine *Neuentdeckungen* zu verzeichnen, aber trotzdem ist die Arbeit recht *interessant* und lesenswert.

Trapp (Bückeburg).

25) D. G. Zesas. Über das intermittierende Hinken.
(Fortschritte der Medizin 1905. Nr. 7 u. 8.)

Diese Erkrankung tritt von Anfang an einseitig (meist links) auf, kann bald auf die andere Seite übergreifen, sich auch doppelseitig entwickeln; meist werden Männer befallen.

Symptomenbild bei typischen Fällen: »Die Kranken, die sich in der Ruhe vollkommen wohl befinden, und bei Beginn des Gehens nicht die geringste Störung zeigen, werden nach 5—30 Minuten plötzlich von Symptomen zuerst sensibler und vasomotorischer Störungen befallen, denen sich alsbald die motorischen zugesellen.

Gehstörungen und Schmerzen können einen hohen Grad erreichen, es gesellt sich Entzündung an Fuß und Zehen hinzu, die bis zur Gangräneszierung führen kann; neben dieser typischen Form soll eine leichtere mit weniger ausgesprochenen Symptomen vorkommen.

Das wesentliche Symptom bei beiden sind mehr oder weniger ausgesprochene Anomalien des Fußpulses; diese Störungen beruhen meist auf arteriosklerotischen Veränderungen; rigide Beschaffenheit, Verdickung und Schlängelung der Gefäße sind sehr häufig zu konstatieren.

Nicht immer ist Arteriosklerose nachweisbar vorhanden; dann ist entweder die Krankheit im Beginn, oder es lassen sich vasomotorische Störungen verantwortlich machen.

Ätiologisch gelten für diese Erkrankung: »Tabak - Alkoholmißbrauch, Syphilis, weniger Gicht, Diabetes, thermische Einflüsse (Kälte), auch Plattfuß und neuropathische Zustände«. Zur Feststellung arteriosklerotischer Veränderung dient das Röntgenverfahren.

Kronacher (München).

---

26) **Freiberg.** The diagnosis and treatment of congenital misplacement of the hip in infancy.

(American med. Vol. VII. Nr. 10.)

F. macht auf die häufigen Fehldiagnosen bei der angeborenen Hüftverrenkung im frühesten Kindesalter aufmerksam. Die Verkürzung des Beines und das Höhertreten des Trochanter ist in den ersten beiden Lebensjahren so gering, daß die Diagnose oft bei fetten Kindern nicht gestellt werden kann. Verf. glaubt, daß die Erfolge der unblutigen Einrenkung sich bedeutend verbessern lassen, wenn dieselbe möglichst frühzeitig erfolgt zu einer Zeit, da die Veränderungen zwischen Kopf und Pfanne noch sehr geringe sind. Da die Verkürzung des Beines erst durch den Gehakt erfolgt, ist das Erkennen der Verrenkung in der ersten Zeit durch die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden unmöglich. F. schlägt daher vor, Röntgenuntersuchungen in Narkose vorzunehmen bei Kindern, bei denen unter 2 Jahren der Verdacht auf Verrenkung besteht. Er macht ferner auf die Schwierigkeit der Deutung der Röntgenbilder in diesem zarten Alter aufmerksam. Bei einem 17 Monate alten Kinde zeigte das Röntgenbild die mangelhafte Ausbildung der Pfanne und ein geringes Abweichen des Kopfes nach oben und außen. Die unblutige Einrenkung ergab ein ausgezeichnetes Resultat. Verf. macht ferner den Vorschlag, in Fällen, bei welchen die fehlerhaft entwickelte Pfanne durch die Durchleuchtung konstatiert wird, aber noch keine Verschiebung des Kopfes vorhanden ist, das Gehen nur mit einer Abduktionsschiene zuzulassen.

Drehmann (Breslau).

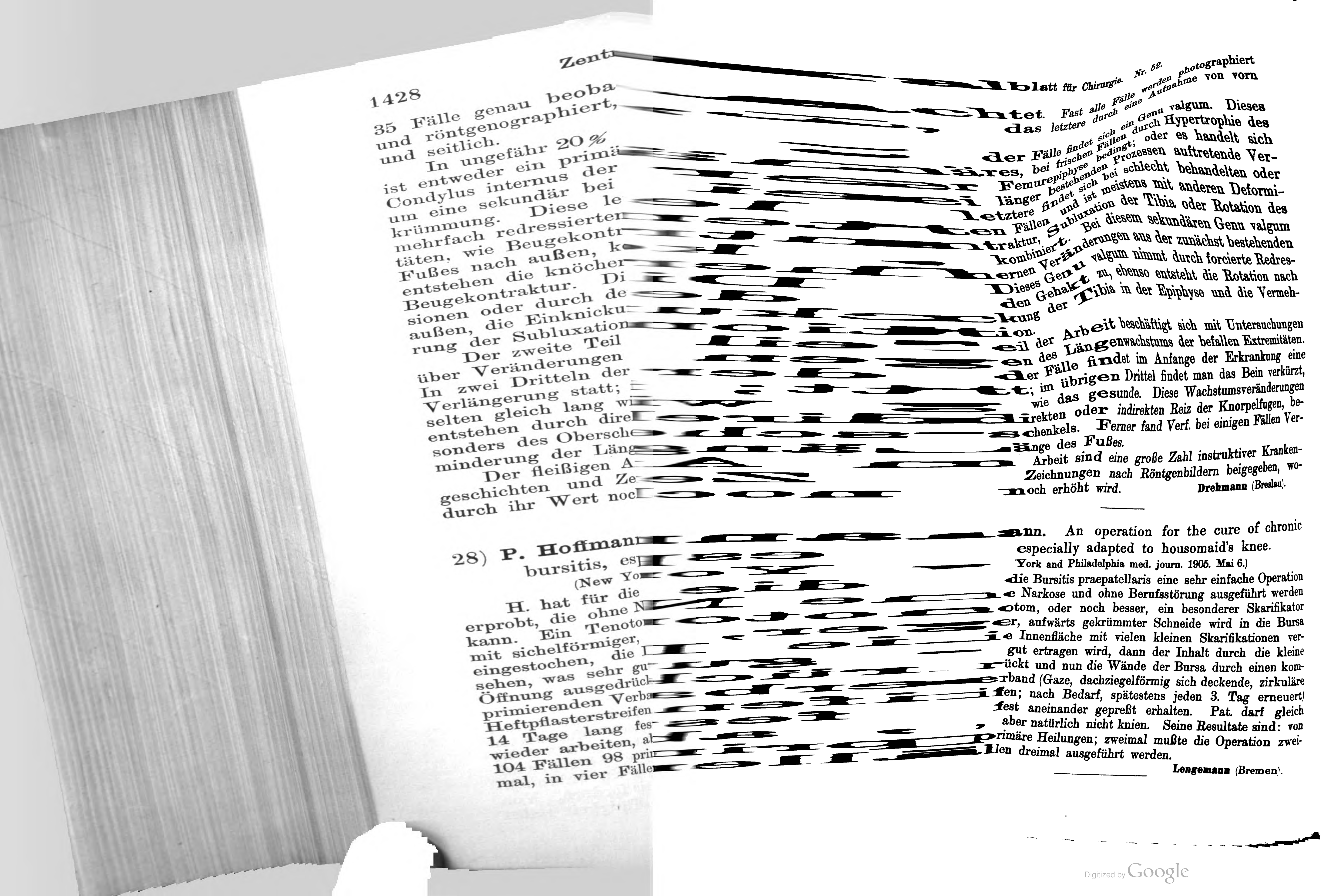
---

27) **E. Roland.** Contribution à l'étude des déviations latérales et des modifications d'accroissement des os dans la tumeur blanche du genou.

Thèse de Paris 1904.

Während seiner Ausbildungszeit bei Broca hat Verf. alle Kinder mit tuberkulöser Gonitis auf das Vorkommen seitlicher Deformitäten und Wachstumsstörungen hin untersucht. Im ganzen standen 217 Fälle zur Verfügung, darunter frische und 10 Jahre alte, gute und schlechte Resultate. Zwei in der Kindheit resezierte Pat. tragen ein unbrauchbares atrophiertes Beinanhängsel, dessen Amputation sie fordern. Von den 217 Fällen hat R. in dem halben Jahre seiner Tätigkeit selbst





35 Fälle genau beobachtet. Fast alle Fälle werden photographiert und röntgenographiert, das letztere durch eine Aufnahme von vorn und seitlich.

In ungefähr 20% der Fälle findet sich ein Genu valgum. Dieses ist entweder ein primäres, bei frischen Fällen durch Hypertrophie des Condylus internus der Femurepiphyse bedingt; oder es handelt sich um eine sekundär bei länger bestehenden Prozessen auftretende Verkrümmung. Diese letztere findet sich bei schlecht behandelten oder mehrfach redressierten Fällen und ist meistens mit anderen Deformitäten, wie Beugekontraktur, Subluxation der Tibia oder Rotation des Fußes nach außen, kombiniert. Bei diesem sekundären Genu valgum entstehen die knöchernen Veränderungen aus der zunächst bestehenden Beugekontraktur. Dieses Genu valgum nimmt durch forcierte Redressionen oder durch den Gehakt zu, ebenso entsteht die Rotation nach außen, die Einknickung der Tibia in der Epiphyse und die Vermehrung der Subluxation.

Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit Untersuchungen über Veränderungen des Längenwachstums der befallen Extremitäten. In zwei Dritteln der Fälle findet im Anfange der Erkrankung eine Verlängerung statt; im übrigen Drittel findet man das Bein verkürzt, selten gleich lang wie das gesunde. Diese Wachstumsveränderungen entstehen durch direkten oder indirekten Reiz der Knorpelfugen, besonders des Oberschenkels. Ferner fand Verf. bei einigen Fällen Verminderung der Länge des Fußes.

Der fleißigen Arbeit sind eine große Zahl instruktiver Krankengeschichten und Zeichnungen nach Röntgenbildern beigegeben, wodurch ihr Wert noch erhöht wird.

Drehmann (Breslau).

28) **P. Hoffmann.** An operation for the cure of chronic bursitis, especially adapted to housemaid's knee.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Mai 6.)

H. hat für die Bursitis praepatellaris eine sehr einfache Operation erprobt, die ohne Narkose und ohne Berufsstörung ausgeführt werden kann. Ein Tenotom, oder noch besser, ein besonderer Skarifikator mit sichelförmiger, aufwärts gekrümmter Schneide wird in die Bursa eingestochen, die Innenfläche mit vielen kleinen Skarifikationen versehen, was sehr gut ertragen wird, dann der Inhalt durch die kleine Öffnung ausgedrückt und nun die Wände der Bursa durch einen komprimierenden Verband (Gaze, dachziegelförmig sich deckende, zirkuläre Heftpflasterstreifen; nach Bedarf, spätestens jeden 3. Tag erneuert) 14 Tage lang fest aneinander gepreßt erhalten. Pat. darf gleich wieder arbeiten, aber natürlich nicht knien. Seine Resultate sind: von 104 Fällen 98 primäre Heilungen; zweimal mußte die Operation zweimal, in vier Fällen dreimal ausgeführt werden.

Lengemann (Bremen).

Kleinere Mitteilungen.

Ein einfaches Verfahren der Entfernung in der Harnröhre eingeklemmter Konkremente respektive diesen ähnlicher Fremdkörper.

Von

Dr. **P. Schroeter** in Pabianice.

Die üblichen Verfahren zur Beseitigung in der Harnröhre eingeklemmter Konkremente sind: die Entfernung derselben mittels entsprechender Instrumente und die Urethrotomia externa. Kleinere Steinchen können die Urethra passieren und spontan entleert werden; größere dagegen können an jeder Stelle derselben sich mehr oder minder fest einkeilen. Am leichtesten findet bekanntlich die Einklemmung der Konkremente in den engsten Abschnitten der Harnröhre statt: in der Pars membranacea und am Orificium externum. Wenngleich die instrumentelle Entfernung durch geschickt manipulierende Hände oft ohne Schaden für den Pat. zum Ziele führt, so sind doch bei minder gewandten oder unvorsichtig ausgeführten Encheiresen mehr oder weniger bedeutende Läsionen der Harnröhrenschleimhaut fast unausbleiblich; die Urethrotomie dagegen ist unter Umständen nicht jederorts tadellos auszuführen.

Betrachtet man es ja mit Recht als Regel, beim Vorhandensein von Fremdkörpern im äußeren Gehörgange (dessen derbere, widerstandsfähigere Wandungen Manipulationen mit Instrumenten eher zulassen, als die zartere Mucosa der Harnröhre), die Entfernung des Fremdkörpers vor allem durch Ausspritzen mit Wasser zu erstreben, um so wünschenswerter müßte es erscheinen, in der Urethra eingeklemmte Konkremente (oder ähnliche Fremdkörper) auf einfachere, absolut ungefährliche Weise aus derselben entfernen zu können. Pat., deren Urethra durch ein in dieselbe eingetriebenes Konkrement plötzlich unwegsam geworden, befinden sich, abgesehen von den meist sehr heftigen Schmerzen, in großer Sorge infolge des Unvermögens, den Harn zu entleeren. Man stößt bei solchen Pat. in den meisten Fällen auf keinen Widerstand, die Entfernung des Konkrementes mittels Instrumentes (die aber auch nicht selten im Stiche lassen) oder auf blutigem Wege durch Schnitt zu bewerkstelligen; bei nervösen, hochgradig aufgeregten Pat. jedoch hat man mitunter mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen, und da ist es stets ein Vorteil, wenn man Verfahren zur Hand hat, die dem Pat. mehr zusagen und ihn nicht beunruhigen. Am 11. Oktober d. J. wurde ich zu einem Pat. gerufen, bei welchem ich gezwungen war, von instrumenteller Entfernung des Konkrementes abzusehen, und kam auf den Gedanken, dieselbe quasi auf natürliche Weise zu vollziehen. Als ich den Pat. aufforderte, Urin zu entleeren, bemerkte ich nämlich, daß bei Anwendung der Bauchpresse der Urin tropfenweise aus der Urethra zum Vorscheine kam. Diesen Umstand benutzte ich zur Entfernung des Steinchens. Wenn durch Verschluß des Orificium externum mittels Fingerdruck der tropfenweise in den peripher vom Steine gelegenen Abschnitt der Harnröhre sich entleerende Harn in bedeutenderer Menge sich daselbst ansammelte, so mußte dieser Abschnitt der Urethra ad maximum erweitert und die gefaltete Mucosa in einen glattwandigen Kanal umgewandelt werden. Auf diese Weise konnte das weitere Vorrücken des Konkrementes begünstigt resp. ermöglicht werden. Wirkte nun noch gleichzeitig eine Vis a tergo in Gestalt des noch in der Harnröhre vorhandenen und aus derselben durch Spiel der Bauchpresse in die Urethra getriebenen Urins, welcher zugleich auch diesen zentralen Teil der Harnröhre möglichst erweiterte, so war ein positives Resultat wahrscheinlich zu erwarten. Auf Grund dieser Überlegung brachte ich das Verfahren in Anwendung bei dem oben erwähnten Pat., einem 43jährigen, nervösen Herrn, der vor Jahren an Malaria litt. Vor 3 Jahren klagte Pat. über



Schmerzen in der Lumbalgegend, bluthaltiger Urin wurde entleert und einige Tage darauf stellte sich ein Anfall von Nierensteinkolik ein, so daß der Kranke etwa 14 Tage das Bett hüten mußte. Vor 2 Jahren stellte sich während des Aufenthaltes des Pat. in der Nachbarstadt wieder ein Anfall von Steinkolik ein, der jedoch während der Fahrt nach Hause vorüberging. Die Untersuchung des Urins entdeckte: Stark vermehrtes Harnsäuresediment, enthaltend Harnsäure in großen Kristalldrusen in Wetzstein- und Tonnenform, dicht aneinander gelagerte Urate und Oxalate, vereinzelte Leukocyten, Schleimfäden, sehr vereinzelte, scharf konturierte, hyaline Zylinder, stellenweise mit Harnsäure besetzt, einzelne Epithelien der Harnblase und der Harnröhre; — Albumin in geringen Mengen (0,03%), Zucker nur in Spuren, Gesamtharnsäure 1,03 g pro Liter.

Am 11. Oktober d. J. stand Pat. um 6 Uhr morgens auf und wollte seinen Harn entleeren; dabei empfand er beim Pressen plötzlich einen sehr heftigen Schmerz in der Harnröhre, der sich beim abermaligen Pressen wiederholte, wonach Pat. weitere Versuche, den Harn zu entleeren, unterließ. Bei diesem Versuche entleerte sich Urin nur in ganz geringer Menge. Etwa um 10 Uhr morgens besuchte ich den Kranken, welchen sein Zustand in große Aufregung versetzt hatte. Bei der Untersuchung fühlte man in der Gegend des Bulbus urethrae einen harten Körper, der fest saß. Schon vorsichtiger, geringer Druck auf diesen Körper verursachte heftigen Schmerz. Es war kein Zweifel, daß sich ein Konkrement in der Harnröhre eingeklemmt hatte. Ich forderte den Kranken auf, in stehender Haltung Urin zu entleeren. Mit Hilfe der Bauchpresse kam der Urin tropfenweise zum Vorscheine. Das Orificium externum wurde durch Druck mit den Fingern fest geschlossen. Der Harn sammelte sich nun im peripheren Teile der Urethra an. Nachdem mit Hilfe der in kurzen Pausen arbeitenden Bauchpresse sich so viel Urin angesammelt hatte, daß die Urethra von der Glans bis zum Steine prall gefüllt war (was man gut palpieren konnte), wurden die das Orificium komprimierenden Finger rasch entfernt, und mit dem herausstürzenden Harnstrahle wurde das Konkrement kräftig herausgeschleudert. Das Konkrement, von welchem ein Stückchen beim Anschlagen an die Wand des Uringefäßes abbrach, hatte einen Durchmesser von 1 cm, war von dunkelbrauner Farbe mit hellerem Zentrum und von rauher unebener Oberfläche.

Das oben erwähnte Verfahren wäre also in jenen Fällen anwendbar, in denen der Harn noch tropfenweise die ganze Urethra passieren kann, wobei es einerlei ist, an welcher Stelle derselben die Einklemmung des Steinchens sich befindet.

Hat jedoch ein vollkommener Verschluß des Harnröhrenlumens durch ein Konkrement stattgefunden, so daß absolute Harnverhaltung eingetreten, und sitzt der Stein an einer Stelle der Pars pendula penis, so müßte der peripher vom Steine gelegene Abschnitt der Urethra mittels Einspritzung von lauwarmem Wasser erweitert werden. Das Verfahren würde sich dann folgendermaßen gestalten: Unmittelbar hinter dem Konkremente wäre mit einem, um das Glied herumgebundenen Bande der zentrale Teil der Harnröhre zu schließen, um ein Zurücktreten des Steines zu verhindern (also, wie es die Alten taten, um das Zurückschlüpfen des Fremdkörpers bei der Urethrotomie zu verhindern). Darauf hätte man mit einer größeren Spritze lauwarmes Wasser in die Harnröhre bis zur maximalen Erweiterung derselben langsam einzuspritzen, wobei durch allseitiges Andrücken des Endteiles der Glans an das Ansatzstück der Spritze ein Herausfließen des Wassers aus der Harnröhre zu verhindern wäre. Der Kranke müßte nun aufgefordert werden, Urin mit Hilfe der Bauchpresse zu entleeren, worauf langsame Lüftung des komprimierenden Bandes und Entfernung der Spritze zu erfolgen hätte. Bei Entfernung der Spritze ist darauf zu achten, daß kein Wasser aus der Urethra abfließe. Schließlich müßte durch rasches Entfernen der das Orificium komprimierenden Finger die Passage freigegeben werden.

Gelingt die Evakuation der Harnröhre nicht beim ersten Versuche, so müßte man die Manipulation wiederholen. Durch die oben beschriebenen Verfahren würde wohl so manches Konkrement resp. Fremdkörper auf schonende Weise aus der Urethra entfernt werden können.



Bei hohem Sitze des Steines — in der Pars diaphragmatica partis membranaceae oder in der Pars prostatica — würde durch Einspritzen von sterilem warmen Wasser in die Harnröhre das Konkrement eventuell in die Blase zurückbefördert werden können (bei horizontaler Lage des Pat.).

---

29) **Sieur.** Morve chronique méconnue pendant plusieurs années et terminée par la mort.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Oktober.)

Ein Veterinär hatte sich gelegentlich der Autopsie eines Pferdes in den Finger gestochen. Innerhalb der nächsten 3 Jahre bekam er andauernd Muskelabszesse an den verschiedensten Körperstellen, außerdem erkrankte er an Osteomyelitis des Oberschenkels, Oberarmes und des Stirnbeines. Diese nicht zu derselben Zeit auftretenden Eiterungen wurden sämtlich mit der Zeit geheilt. Erst ganz zuletzt, nach fast 3jähriger Krankheit wurden im Eiter des osteomyelitischen Oberschenkelherdes Rotzbazillen nachgewiesen. Der Kranke war durch die Eiterungen sehr geschwächt und erlag dem Leiden, als eine tropische Malaria hinzutrat. Verf. weist auf die Wichtigkeit hin, daß Militärveterinäre Erkrankungen der Pferde an Rotz frühzeitig erkennen und Vorsichtsmaßregeln treffen.

Herhold (Altona).

30) **Anderson, Chalmers** and **Buchanan.** Cases of glanders in man.

(Glasgow med. journ. 1905. Oktober.)

Bericht über drei Beobachtungen von Rotz beim Menschen aus den Jahren 1878, 1894 und 1905. Es handelte sich um eine 31jährige Frau, einen 52jährigen und einen 27jährigen Mann. Alle hatten sich an Pferden infiziert. Der Tod erfolgte am 14., 5. bzw. 17. Krankheitstage. Die Diagnose war in allen Fällen ganz besonders schwierig und wurde meistens erst kurz vor dem Tode gestellt. Von dem dritten Falle wird ein ausführliches Sektionsprotokoll beigegeben.

In der Diskussion erwähnt Lyson einen Fall eigener Beobachtung, einen 30jährigen Mann, der ebenfalls an Pferden sich infiziert hatte und am 21. Krankheitstage starb.

M'Call erwähnt die interessante Tatsache, daß Rotz unter den Pferden Großbritanniens sehr verbreitet ist; im letzten Jahre kamen allein 2500 Fälle zur Anzeige, und zwar vor allem in den Bezirken London und Glasgow. Im März 1905 wurden allein in Glasgow 30 Fälle gemeldet. **W. v. Brunn** (Rostock).

31) **C. Menschig.** Zwei Fälle von Milzbrand.

(Med. Klinik 1905. Nr. 43.)

Einer der Fälle betraf eine alte gebrechliche Frau und ist bemerkenswert durch die schnelle Besserung der hochgradigen Schwellung des Armes, schwerer Darmerscheinungen und septischer Allgemeinstörungen durch Umschläge mit Spiritus und essigsaurer Tonerde und durch innerliche Kognakverabreichung.

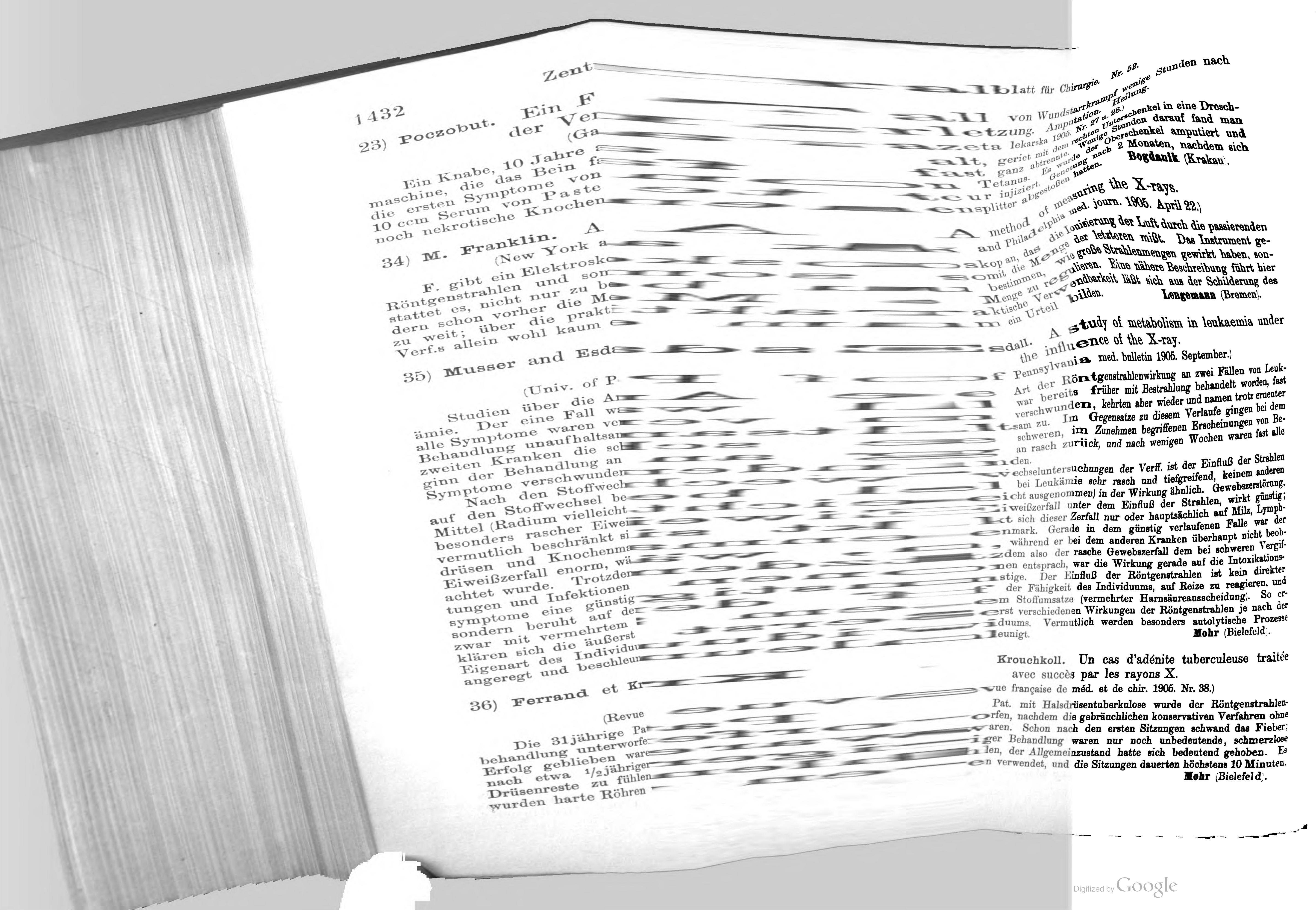
G. Schmidt (Berlin).

32) **H. G. Anthony.** Folliclis of the skin and conjunctiva: report of a case.

(Journ. of cutan. diseases including syphilis 1905. August.)

Bericht über einen Kranken, der seit 10 Jahren an ständig wiederkehrenden Follikliseruptionen, namentlich an den Händen, den Ohren und Ellbogen litt. Seit 7 Jahren stellten sich Schmerzen in den Augen ein, es zeigte sich eine der Conjunctivitis phlyctenularis ähnliche Affektion, die auch als Folliklis, d. h. als embolische Tuberkulose wahrscheinlich abgeschwächter Tuberkelbazillen angesprochen wurde. Der mikroskopische Befund einzelner exzidierter Hautknötchen stimmte mit denen bei Folliklis überein. Pat. hatte im Verlaufe seines Leidens die merkwürdigsten Diagnosen über sich ergehen lassen müssen. **Urban** (Breslau).





23) **Poczobut.** Ein Fall von Wundstarrkrampf wenige Stunden nach der Verletzung. Amputation. Heilung.

(Gazeta lekarska 1905. Nr. 27 u. 28.)

Ein Knabe, 10 Jahre alt, geriet mit dem rechten Unterschenkel in eine Dreschmaschine, die das Bein fast ganz abtrennte. Wenige Stunden darauf fand man die ersten Symptome von Tetanus. Es wurde der Oberschenkel amputiert und 10 ccm Serum von Pasteur injiziert. Genesung nach 2 Monaten, nachdem sich noch nekrotische Knochensplitter abgestoßen hatten.

Bogdanik (Krakau).

34) **M. Franklin.** A method of measuring the X-rays.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. April 22.)

F. gibt ein Elektroskop an, das die Ionisierung der Luft durch die passierenden Röntgenstrahlen und somit die Menge der letzteren mißt. Das Instrument gestattet es, nicht nur zu bestimmen, wie große Strahlenmengen gewirkt haben, sondern schon vorher die Menge zu regulieren. Eine nähere Beschreibung führt hier zu weit; über die praktische Verwendbarkeit läßt sich aus der Schilderung des Verf.s allein wohl kaum ein Urteil bilden.

Lengemann (Bremen).

35) **Musser and Esdall.** A study of metabolism in leukaemia under the influence of the X-ray.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1905. September.)

Studien über die Art der Röntgenstrahlenwirkung an zwei Fällen von Leukämie. Der eine Fall war bereits früher mit Bestrahlung behandelt worden, fast alle Symptome waren verschwunden, kehrten aber wieder und namen trotz erneuter Behandlung unaufhaltsam … sam zu. Im Gegensatze zu diesem Verlaufe gingen bei dem zweiten Kranken die schweren, im Zunehmen begriffenen Erscheinungen von Beginn der Behandlung an rasch zurück, und nach wenigen Wochen waren fast alle Symptome verschwunden.

Nach den Stoffwechseluntersuchungen der Verff. ist der Einfluß der Strahlen auf den Stoffwechsel bei Leukämie sehr rasch und tiefgreifend, keinem anderen Mittel (Radium vielleicht ausgenommen) in der Wirkung ähnlich. Gewebszerstörung, besonders rascher Eiweißzerfall unter dem Einfluß der Strahlen, wirkt günstig; vermutlich beschränkt sich dieser Zerfall nur oder hauptsächlich auf Milz, Lymphdrüsen und Knochenmark. Gerade in dem günstig verlaufenen Falle war der Eiweißzerfall enorm, während er bei dem anderen Kranken überhaupt nicht beobachtet wurde. Trotzdem … dem also der rasche Gewebszerfall dem bei schweren Vergiftungen und Infektionen entsprach, war die Wirkung gerade auf die Intoxikationssymptome eine günstige. Der Einfluß der Röntgenstrahlen ist kein direkter, sondern beruht auf der Fähigkeit des Individuums, auf Reize zu reagieren, und zwar mit vermehrtem Stoffumsatze (vermehrter Harnsäureausscheidung). So erklären sich die äußerst verschiedenen Wirkungen der Röntgenstrahlen je nach der Eigenart des Individuums. Vermutlich werden besonders autolytische Prozesse angeregt und beschleunigt.

Mohr (Bielefeld).

36) **Ferrand et Krouchkoll.** Un cas d'adénite tuberculeuse traitée avec succès par les rayons X.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 38.)

Die 31jährige Pat. mit Halsdrüsentuberkulose wurde der Röntgenstrahlenbehandlung unterworfen, nachdem die gebräuchlichen konservativen Verfahren ohne Erfolg geblieben waren. Schon nach den ersten Sitzungen schwand das Fieber; nach etwa $1/2$jähriger Behandlung waren nur noch unbedeutende, schmerzlose Drüsenreste zu fühlen, der Allgemeinzustand hatte sich bedeutend gehoben. Es wurden harte Röhren verwendet, und die Sitzungen dauerten höchstens 10 Minuten.

Mohr (Bielefeld).

37) **Vose and Howe.** The effects of the Röntgen-ray upon cancer.

(Albany med. annals 1905. Oktober.)

Zusammenfassung der klinischen Erfolge und der histologischen Befunde in 130 mit Röntgenstrahlen behandelten Karzinomfällen. Schlüsse: Der mit X-Strahlen behandelte Hautkrebs verfällt einer Degeneration, welche für diese Art der Behandlung nicht charakteristisch ist, auch sich histologisch nicht von Degenerationen aus anderen Gründen unterscheidet. Die Veränderungen an den Blutgefäßen beschränken sich auf eine Endarteriitis. Die Neubildung von Blutgefäßen tritt ebenso wie bei anderen Prozessen ein, wenn Heilungsvorgänge beginnen. Das plastische Gewebe vermehrt sich. Mitosen sind nach der Behandlung weniger häufig.

Klinisch ergibt sich, daß die Heilung des Karzinoms durch die Röntgenstrahlen nur durch Zerstörung erfolgen kann; hieraus ergibt sich, daß nur oberflächliche Krebse beeinflußt werden können, zumal da die Zerstörung nur sehr langsam und sehr oberflächlich eintritt. **Mohr** (Bielefeld).

38) **Springer.** Radiodermite grave chronique guérie par la cautérisation ignée profonde.

(Annales méd.-chir. du centre 1905. August.)

Bei dem Pat. waren nach andauernder Beschäftigung mit Röntgenstrahlen tiefgehende Röntgengeschwüre an den Fingern aufgetreten; am Mittelfinger bestand eine pilzförmige, schwammige Granulationsmasse, welche das Niveau der Haut 4 mm überragte. Die Masse wurde durch Galvanokaustik ausgedehnt zerstört, besonders auch die Basis und die umgebende Haut, worauf nach Abstoßung des Brandschorfes innerhalb von 3 Wochen glatte Heilung eintrat.

Mohr (Bielefeld).

39) **H. L. Jones.** Some new lines of work in electrotherapeutics.

(Lancet 1905. Oktober 28.)

Interessant sind hier besonders die Ausführungen über die elektrolytische Kataphorese, wobei Verf. sich an die Untersuchungen von Leduc in Nantes anlehnt. An sieben eigenen Beobachtungen und mitgeteilten Krankengeschichten wird die günstige Wirkung der Zinkkataphorese bei Ulcus rodens dargetan; einige Male genügte schon eine einzige, 15—20 Minuten lange Elektrolyse mit einer 1%igen Chlorzinklösung bei 2 Milliampères Strom. Chirurgisch interessant ist nicht minder die Kokainkataphorese zur örtlichen Betäubung, und für den inneren Kliniker die Lithiumkataphorese bei Gicht. Letzteres wurde von Bordier in einer wie in dem Schnee'schen Vierzellenbad ähnlichen Weise bei Gichtkranken mit sehr erheblichen Gichtknoten appliziert. Es gelang nicht nur, Lithium in dem Urin des Pat., sondern sogar Harnsäure als Ausscheidungsprodukt in dem Kathodenbecken nachzuweisen, und es konnte somit die Einverleibung des Kathions Lithium und gleichzeitige Austreibung des Anions Harnsäure nicht schöner demonstriert werden.

Auch Ref. möchte nach seinen Erfahrungen (z. B. bei Kataphorese sehr hartnäckiger Acne mit Sublimatlösung usw.) diesem noch so wenig erforschten Gebiete in der Chirurgie und Dermatologie eine gewisse Zukunft prophezeien.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

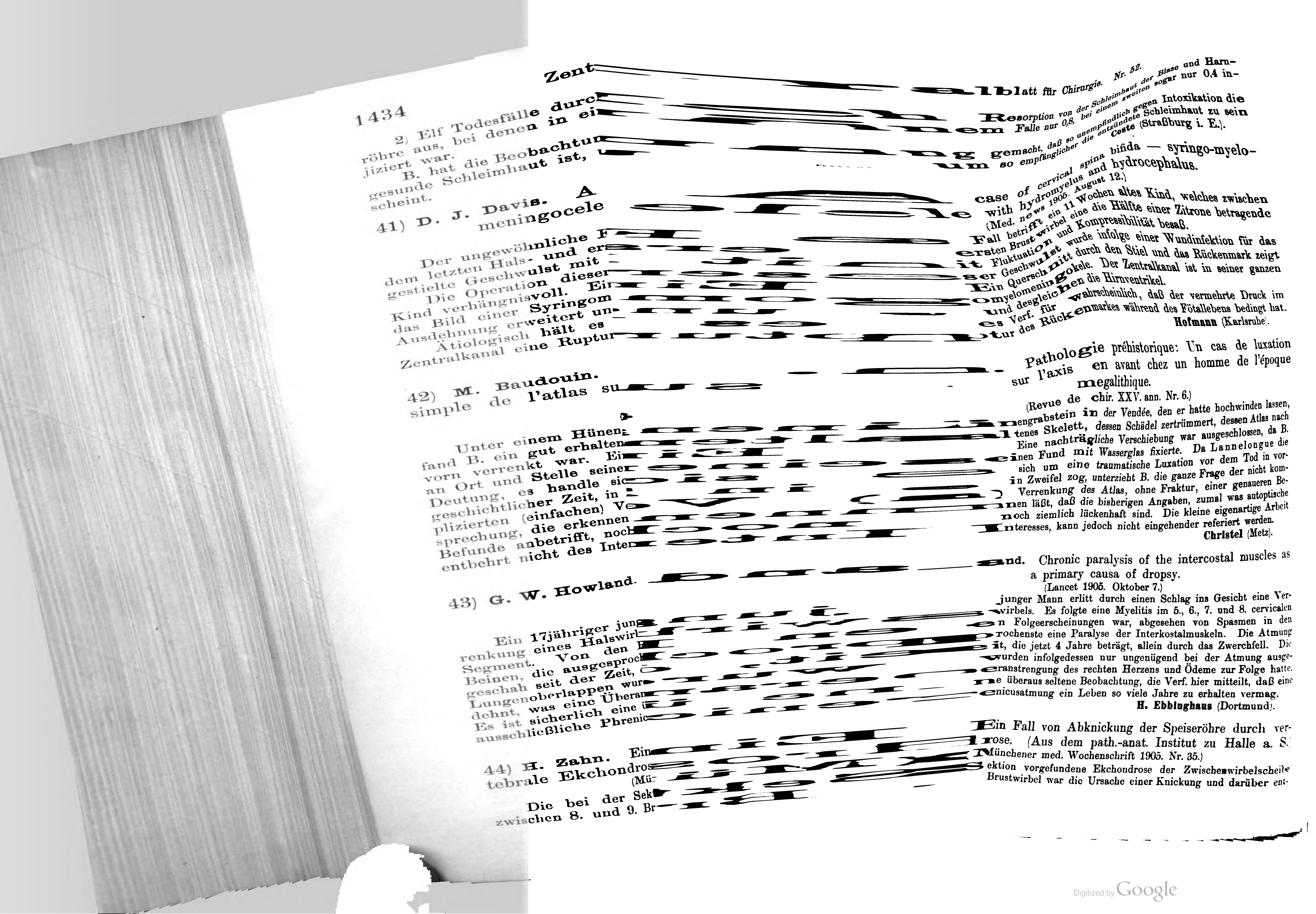
40) **P. Brouardel.** Intoxication par la cocaine.

(Ann. d'hygiène publique 1905. Hft. 9.)

Abgesehen von den bekannten Todesfällen bei Rückenmarksanästhesien, sowie Einspritzungen von Kokainlösungen in seröse Höhlen — drei Fälle — und von subkutanen Injektionen sind als besonders beachtenswert hervorzuheben:

1) Drei Todesfälle durch Resorption von seiten der Mastdarmschleimhaut, von denen zwei nach Einführung von Kokainsuppositorien eintraten, die in einem Falle 0,25, im anderen 0,3 Kokain enthielten. Der Tod trat sehr schnell ein. Desgleichen bei einer alten Frau, der bei tuberkulösen Geschwüren eine Eingießung von 1,04 g Kokain gemacht war.





2) Elf Todesfälle durch Resorption von der Schleimhaut der Blase und Harnröhre aus, bei denen in einem Falle nur 0,8, bei einem zweiten sogar nur 0,4 injiziert war.

B. hat die Beobachtung gemacht, daß so unempfindlich gegen Intoxikation die gesunde Schleimhaut ist, um so empfänglicher die entzündete Schleimhaut zu sein scheint. **Coste** (Straßburg i. E.).

41) **D. J. Davis. A case of cervical spina bifida — syringo-myelomeningocele with hydromyelus and hydrocephalus.**
(Med. news 1905. August 12.)

Der ungewöhnliche Fall betrifft ein 11 Wochen altes Kind, welches zwischen dem letzten Hals- und ersten Brustwirbel eine die Hälfte einer Zitrone betragende gestielte Geschwulst mit Fluktuation und Kompressibilität besaß. Die Operation dieser Geschwulst wurde infolge einer Wundinfektion für das Kind verhängnisvoll. Ein Querschnitt durch den Stiel und das Rückenmark zeigt das Bild einer Syringomyelomeningokele. Der Zentralkanal ist in seiner ganzen Ausdehnung erweitert und desgleichen die Hirnventrikel. Ätiologisch hält es Verf. für wahrscheinlich, daß der vermehrte Druck im Zentralkanal eine Ruptur des Rückenmarkes während des Fötallebens bedingt hat. **Hofmann** (Karlsruhe).

42) **M. Baudouin. Pathologie préhistorique: Un cas de luxation simple de l'atlas sur l'axis en avant chez un homme de l'époque mégalithique.**
(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 6.)

Unter einem Hünengrabstein in der Vendée, den er hatte hochwinden lassen, fand B. ein gut erhaltenes Skelett, dessen Schädel zertrümmert, dessen Atlas nach vorn verrenkt war. Eine nachträgliche Verschiebung war ausgeschlossen, da B. an Ort und Stelle seinen Fund mit Wasserglas fixierte. Da Lannelongue die Deutung, es handle sich um eine traumatische Luxation vor dem Tod in vorgeschichtlicher Zeit, in Zweifel zog, unterzieht B. die ganze Frage der nicht komplizierten (einfachen) Verrenkung des Atlas, ohne Fraktur, einer genaueren Besprechung, die erkennen läßt, daß die bisherigen Angaben, zumal was autoptische Befunde anbetrifft, noch ziemlich lückenhaft sind. Die kleine eigenartige Arbeit entbehrt nicht des Interesses, kann jedoch nicht eingehender referiert werden. **Christel** (Metz).

43) **G. W. Howland. Chronic paralysis of the intercostal muscles as a primary causa of dropsy.**
(Lancet 1905. Oktober 7.)

Ein 17jähriger junger Mann erlitt durch einen Schlag ins Gesicht eine Verrenkung eines Halswirbels. Es folgte eine Myelitis im 5., 6., 7. und 8. cervicalen Segment. Von den Folgeerscheinungen war, abgesehen von Spasmen in den Beinen, die ausgesprochenste eine Paralyse der Interkostalmuskeln. Die Atmung geschah seit der Zeit, die jetzt 4 Jahre beträgt, allein durch das Zwerchfell. Die Lungenoberlappen wurden infolgedessen nur ungenügend bei der Atmung ausgedehnt, was eine Überanstrengung des rechten Herzens und Ödeme zur Folge hatte. Es ist sicherlich eine überaus seltene Beobachtung, die Verf. hier mitteilt, daß eine ausschließliche Phrenicusatmung ein Leben so viele Jahre zu erhalten vermag. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

44) **H. Zahn. Ein Fall von Abknickung der Speiseröhre durch vertebrale Ekchondrose.** (Aus dem path.-anat. Institut zu Halle a. S.)
(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 35.)

Die bei der Sektion vorgefundene Ekchondrose der Zwischenwirbelscheibe zwischen 8. und 9. Brustwirbel war die Ursache einer Knickung und darüber ent-

standenen diffusen zylindrischen Erweiterung der Speiseröhre, deren klinische Symptome bei der 36jährigen Frau weder für eine dauernde, durch eine bösartige Geschwulst bedingte Verengerung der Speiseröhre, noch für einen idiopathischen oder reflektorischen Kardiospasmus gesprochen hatten. Die Ekchondrose war nur $1^3/_4$ cm hoch und 1 cm breit, mit der Speiseröhre nicht verwachsen und saß etwa 1 cm nach rechts von der Medianlinie der Zwischenwirbelscheibe auf. Auffallend war während der 3jährigen Entwicklung der klinischen Symptome der Wechsel der Durchgängigkeit der Speiseröhre für Speisen und die Sonde.

Kramer (Glogau).

45) **Fowler.** A case of suture of the spinal cord following a gunshot injury involving complete severance of the structure.

(Annals of surgery 1905. Oktober.)

Verletzung mit einem 0,38 zölligen Revolver, Einschuß im Rücken in der Medianlinie zwischen 10. und 11. Brustwirbel. Bewegungs- und Empfindungslähmung der Beine, Lähmung von Blase und Mastdarm. Laminektomie 10 Tage nach der Verletzung, 9. Mai 1903. Das zwischen dem völlig durchtrennten Marke liegende Geschoß wurde entfernt, Rückenmark und Dura mit Catgut genäht. Selbst nach 2 Jahren nur sehr geringe Besserung: es konnte Urin und Stuhl einen kurzen Augenblick gehalten werden, Lähmung der Motilität und Sensibilität fast unverändert, Zeichen spastischer Degeneration. Erwähnt wird ein Fall, wo Dr. Steward 3 Stunden nach der Operation in derselben Weise mit weit besserem Erfolg operiert hat. Verf. glaubt, daß einmal sehr baldiges Operieren nach der Verletzung Erfolge zeitigen könne, daß diese andererseits aber auch dadurch bedingt sind, daß einige Rückenmarksfasern unverletzt geblieben sind. **Herhold** (Altona).

46) **P. Müller.** Über Schußverletzungen der Halswirbelsäule.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904. 29 S.

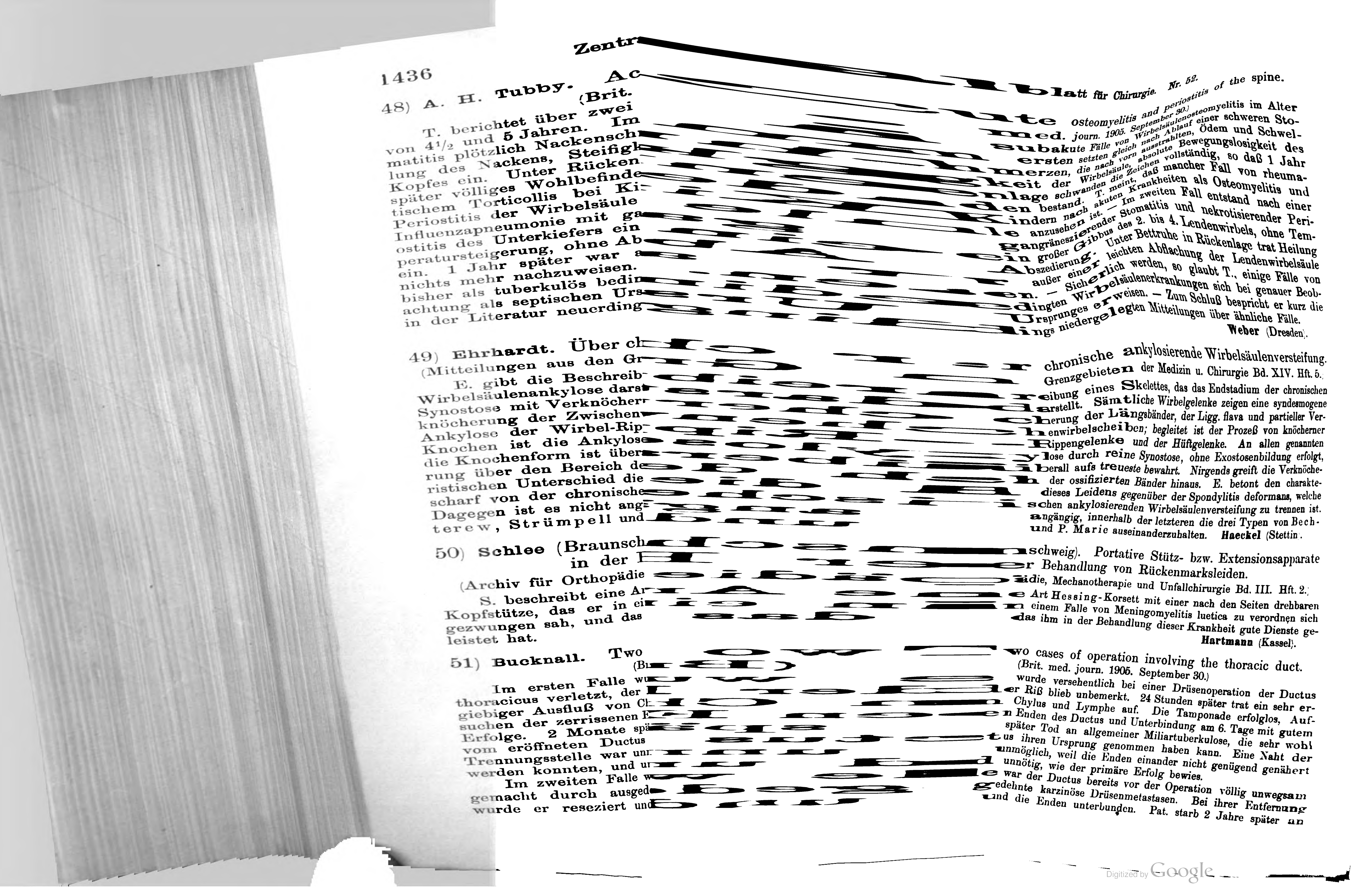
47) **Eschenburg.** Revolverschuß in den Mund, Verletzung des Nervus cervicalis II, Entfernung der Kugel vom Nacken aus.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904. 21 S.

Ein 61jähriger Schiffbauer schoß sich mit einem Revolver in den Mund. Die stark geschwollene Zunge zeigte rechts eine schwarzumränderte Wunde; es bestand vollständige motorische Lähmung des rechten Armes und Beines; die Sensibilität war überall erhalten, Puls und Atmung zunächst ruhig. Vom Abend des nächsten Tages Temperatursteigerung, die bis zu dem am 4. Tage unter starker Dyspnoe, Pulsbeschleunigung, Delirien und Benommenheit eintretenden Tode anhält. Die Sektion ergibt: Längsschuß durch die rechte Zungenhälfte, Zertrümmerung der rechten Hälfte des Epistropheuskörpers, schlitzförmige Zerreißung der Dura cervicalis mit Vordringen von Knochenfragmenten, die die rechtsseitigen Pyramidenvorstrangbahnen komprimiert hatten. Wo das Geschoß lag, wird nicht mitgeteilt.

Ein 32jähriger Seemann hatte sich in beide Schläfen und in die Mundhöhle geschossen. Links trat Abducenslähmung und Opticusatrophie ein; das rechtsseitige Geschoß wanderte unter die Haut des Nasenrückens und wurde dort entfernt; das dritte hatte in der Mittellinie des Zungenrückens eine 4 cm lange, scharfrandige Wunde erzeugt, war zwischen den rechten Querfortsätzen des Atlas und Epistropheus hindurchgetreten und etwas hinter der durch sie gelegten Frontalebene liegen geblieben (Röntgenbild). Hier wurde es 1 Monat nach der Verletzung von einem senkrechten, 10 cm langen, rechts von der hinteren Mittellinie in Höhe der ersten Halswirbel geführten Schnitt aus entfernt, weil Sensibilitätsstörungen im Gebiete der Nn. occipit. major und minor, Hyperästhesie der rechten Halsseite und Lähmung des M. trapezius auf eine Schädigung des Stammes des rechten II. Cervicalnerven schließen ließen. Ein Nervenstamm kam bei der Operation nicht zu Gesicht. Bei Abschluß der Arbeit, $2^1/_2$ Monate nach dem Eingriff, war nur geringe Besserung eingetreten. **Gutzeit** (Neidenburg).





48) A. H. Tubby. Acute osteomyelitis and periostitis of the spine. (Brit. med. journ. 1905. September 30.)

T. berichtet über zwei subakute Fälle von Wirbelsäulenosteomyelitis im Alter von $4^1/_2$ und 5 Jahren. Im ersten setzten gleich nach Ablauf einer schweren Stomatitis plötzlich Nackenschmerzen, die nach vorn ausstrahlten, Ödem und Schwellung des Nackens, Steifigkeit der Wirbelsäule, absolute Bewegungslosigkeit des Kopfes ein. Unter Rückenlage schwanden die Zeichen vollständig, so daß 1 Jahr später völliges Wohlbefinden bestand. T. meint, daß mancher Fall von rheumatischem Torticollis bei Kindern nach akuten Krankheiten als Osteomyelitis und Periostitis der Wirbelsäule anzusehen ist. — Im zweiten Fall entstand nach einer Influenzapneumonie mit gangräneszierender Stomatitis und nekrotisierender Periostitis des Unterkiefers ein großer Gibbus des 2. bis 4. Lendenwirbels, ohne Temperatursteigerung, ohne Abszedierung. Unter Bettruhe in Rückenlage trat Heilung ein. 1 Jahr später war außer einer leichten Abflachung der Lendenwirbelsäule nichts mehr nachzuweisen. Sicherlich werden, so glaubt T., einige Fälle von bisher als tuberkulös bedingten Wirbelsäulenerkrankungen sich bei genauer Beobachtung als septischen Ursprunges erweisen. — Zum Schluß bespricht er kurz die in der Literatur neuerdings niedergelegten Mitteilungen über ähnliche Fälle.

Weber (Dresden).

49) Ehrhardt. Über chronische ankylosierende Wirbelsäulenversteifung. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 5.)

E. gibt die Beschreibung eines Skelettes, das das Endstadium der chronischen Wirbelsäulenankylose darstellt. Sämtliche Wirbelgelenke zeigen eine syndesmogene Synostose mit Verknöcherung der Längsbänder, der Ligg. flava und partieller Verknöcherung der Zwischenwirbelscheiben; begleitet ist der Prozeß von knöcherner Ankylose der Wirbel-Rippengelenke und der Hüftgelenke. An allen genannten Knochen ist die Ankylose durch reine Synostose, ohne Exostosenbildung erfolgt, die Knochenform ist überall aufs treueste bewahrt. Nirgends greift die Verknöcherung über den Bereich der ossifizierten Bänder hinaus. E. betont den charakteristischen Unterschied dieses Leidens gegenüber der Spondylitis deformans, welche scharf von der chronischen ankylosierenden Wirbelsäulenversteifung zu trennen ist. Dagegen ist es nicht angängig, innerhalb der letzteren die drei Typen von Bechterew, Strümpell und P. Marie auseinanderzuhalten.

Haeckel (Stettin).

50) Schlee (Braunschweig). Portative Stütz- bzw. Extensionsapparate in der Behandlung von Rückenmarksleiden. (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 2.)

S. beschreibt eine Art Hessing-Korsett mit einer nach den Seiten drehbaren Kopfstütze, das er in einem Falle von Meningomyelitis luetica zu verordnen sich gezwungen sah, und das ihm in der Behandlung dieser Krankheit gute Dienste geleistet hat.

Hartmann (Kassel).

51) Bucknall. Two cases of operation involving the thoracic duct. (Brit. med. journ. 1905. September 30.)

Im ersten Falle wurde versehentlich bei einer Drüsenoperation der Ductus thoracicus verletzt, der Riß blieb unbemerkt. 24 Stunden später trat ein sehr ergiebiger Ausfluß von Chylus und Lymphe auf. Die Tamponade erfolglos, Aufsuchen der zerrissenen Enden des Ductus und Unterbindung am 6. Tage mit gutem Erfolge. 2 Monate später Tod an allgemeiner Miliartuberkulose, die sehr wohl vom eröffneten Ductus aus ihren Ursprung genommen haben kann. Eine Naht der Trennungsstelle war unmöglich, weil die Enden einander nicht genügend genähert werden konnten, und unnötig, wie der primäre Erfolg bewies.

Im zweiten Falle war der Ductus bereits vor der Operation völlig unwegsam gemacht durch ausgedehnte karzinöse Drüsenmetastasen. Bei ihrer Entfernung wurde er reseziert und die Enden unterbunden. Pat. starb 2 Jahre später an

Lungenmetastasen. Die Fälle zwingen zur Annahme, daß sowohl bei allmählicher Verlegung wie bei plötzlicher Unterbindung des Lymphstromes im Ductus Anastomosen in genügender Menge und Ausdehnung sich zu entwickeln vermögen, um die Lymphe dem Blute zuzuführen. **Weber** (Dresden).

52) **P. Fiori** (Pisa). Sopra la struttura di un gozzo tiroideo accessorio e delle glandole paratiroidei nell' uomo.

(Clinica chirurgica Bd. XI. Hft. 2.)

30jährige Frau, bemerkt seit 5 Jahren das Anwachsen einer Geschwulst links vorn unten am Halse von Hasel- bis zu Walnußgröße, ohne je Schmerzen gefühlt zu haben. In den letzten Wochen begannen Atembeschwerden beim tiefen Inspirieren und bei vornübergebeugtem Körper. Die Geschwulst reicht von der Höhe des Schildknorpels bis an den Rand des Brustkorbes, ist wenig beweglich, glatt, liegt unter den Muskeln. Die Schilddrüse nicht vergrößert, nach rechts verdrängt; zwischen ihr und der Geschwulst ist ein fingerbreiter Raum frei. Es waren besonders die respiratorischen Erscheinungen, welche F. bewogen, an die Möglichkeit eines überzähligen Schilddrüsenknotens zu denken.

Bei der Operation ergab sich als Nachbarschaft der Geschwulst: außen hinten der Carotidenstrang, innen auf eine Distanz von 1 cm der linke Schilddrüsenlappen, hinten fettreiches Bindegewebe, vorn und außen der Kopfnicker. Mit der Schilddrüse wie mit der Gefäß-Nervenscheide verbanden den Knoten lockere Schichten, welche einfach abzustreifen waren. Dagegen zog ein derber Strang in das dorsal gelegene Bindegewebe und endigte am Rachen, knapp oberhalb der Speiseröhre.

In der histologischen Untersuchung kam F. auf den seltenen Befund eines initialen hyperplastischen (follikulären) Kropfes in Kombination mit epithelialen Knoten und Strängen, welche teils zentral, teils peripher im Schilddrüsenparenchym gelegen waren. **J. Sternberg** (Wien).

53) **Reichel** (Chemnitz). Komplikationen nach Kropfoperationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 42.)

Von den von R. mitgeteilten vier Fällen waren zwei dadurch bemerkenswert, daß sich nach der Strumektomie trotz Zurücklassens eines hühnereigroßen Schilddrüsenrestes Erscheinungen von Tetanie und Cachexia strumipriva geltend machten — in dem ersten Falle bestand Schwangerschaft —, die nach Thyreoidingebrauch sich besserten, aber erst mit Wiederwachsen des zurückgelassenen Kropfrestes, im zweiten Fall infolge krebsiger Entartung desselben, vollständig schwanden. Im dritten Falle traten nach Exstirpation von 1 kg Kropf starke Stenosenerscheinungen ein, die nach der Eröffnung der säbelscheidenartigen Luftröhre sich zwar besserten, aber ein Fortlassen der Trachealkanüle unmöglich machten, weil der zurückgelassene linksseitige Kropfrest tiefer getreten war und die Luftröhre zusammendrückte; erst durch die — sonst von R. verworfene — Exothyreopexie desselben wurde die Atmung frei, so daß schließlich nach Schrumpfung des Kropfrestes seine Zurücklagerung unter die Haut ausgeführt werden konnte. Der vierte Fall (16jähriges Mädchen) von Strumektomie eines unter das Brustbein und beide Schlüsselbeine herabreichenden Kropfes verlief trotz Tracheotomie wegen schwerer Stenosenerscheinungen tödlich; die Pleurae waren bei dieser nicht verletzt worden; der den unglücklichen Ausgang verschuldende Pneumothorax war durch Platzen von Lungenalveolen und Austritt von Luft unter die Pleura und ins Mediastinum (wahrscheinlich durch forcierte Exspirationsbewegungen infolge Knickung der erweichten säbelscheidenartigen Luftröhre) entstanden. **Kramer** (Glogau).

54) **MacCallum.** The pathological anatomy of exophthalmic goitre.

(Johns Hopkins hospital bulletin 1905. August.)

Verf. hat im Gegensatze zu anderen Autoren, besonders A. Kocher und Reinbach, in einer Serie von 28 Fällen stets in den Kröpfen bei Morbus Basedowi typische anatomische Veränderungen nachgewiesen.



Die Alveoli sind vielfach gefaltet, so daß zahlreiche kleine Alveoli oder Divertikel gebildet zu sein scheinen. Das Epithel zeigt statt flacher oder kubischer Formen häufig den Typus der Zylinderzellen. Die kolloide Substanz ist vermindert, vielfach vom Epithelbelage, der selbst nur eine zarte Bedeckung mit Kolloidsubstanz behalten hat, weit zurückgezogen. Die Gefäßversorgung ist ungewöhnlich reichlich, die bindegewebige Zwischensubstanz stark verdickt. Bakterien oder Zelleinschlüsse fehlten, die Glandulae parathyreoideae waren ohne besondere Veränderung. Verf. untersuchte auch im Gefrierschnitt. Alles weist auf Kompensationshypertrophie der Drüse hin.

W. v. Brunn (Rostock).

55) **Downie.** Two cases in each of which a foreign body was lodged in the larynx, with a description of a method devised for their removal.

(Glasgow med. journ. 1905. Oktober.)

Bericht über zwei Fälle von schwerer Atembehinderung nach Aspiration eines Fremdkörpers. In beiden Fällen, Kindern von 8 Monaten bzw. 2¼ Jahren, konnte weder vor noch nach der Tracheotomie, die sofortige Beseitigung der Atemnot zur Folge hatte, von dem Fremdkörper etwas entdeckt werden. Verf. schob einen Gazestreifen durch die Tracheotomiewunde und den Kehlkopf bis in den Rachen und zog ihn zum Munde heraus; auf diese Weise entfernte er sofort die Fremdkörper, ein spitzes Knochenstück und ein Haferkorn, ohne Mühe. Beide Pat. genasen.

W. v. Brunn (Rostock).

56) **E. Maufrè** (Messina). Sopra un nuovo apparecchio per lavaggio della cavità pleurica in caso di empiema.

(Clinica chirurgica Bd. XI. Hft. 2.)

M.'s Spülapparat für Pleuraempyeme besteht aus zwei gekuppelten Druck- und Saugpumpen mit abwechselndem, kontinuierlichem Betriebe, die an die Punktionskanüle angeschlossen sind. Diese letztere, 6 cm lang, 4 mm weit, ist der ganzen Länge nach durch eine Scheidewand geteilt, so daß die beiden Lichtungen hinten in gesonderte Ansatzkeulen münden. Gummischläuche, welche von jedem dieser Stücke zu je einer Pumpe führen und zwei andere, welche von den Pumpen zu je einem 500 ccm fassenden Gefäße leiten und mit je einem Hahne versehen sind, vervollständigen die Einrichtung. Der Betrieb ist einfach. Ein Gefäß enthält aseptische Spülflüssigkeit, welche von der einen Pumpe in den Brustkorb gepreßt wird, das andere nimmt das Exsudat auf, welches ihm von der zweiten Pumpe zugeführt wird, nachdem die Punktion erfolgt ist. Je zwei der Hähne sind abwechselnd zu schließen und zu öffnen.

J. Sternberg (Wien).

57) **Meyer-Westfeld.** Kardiolyse bei adhäsiver Mediastinoperikarditis. (Aus der I. inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 40.)

Nach dem Vorgange von Brauer wurde bei dem 24jährigen Manne, der starke systolische Einziehung der Brustwand an der Herzspitze, diastolischen Halsvenenkollaps, Stauungsbronchitis und Pseudolebercirrhose mit Ascites, Stauungsmilz, Cyanose, Dyspnoe und Ödeme darbot, durch die von Lindner ausgeführte Operation (Resektion der Rippen, Ablösung der das Herz bedeckenden Schwarten) allmählich ein Schwinden jener Erscheinungen und Beschwerden erreicht und Pat. wieder zu leichter Arbeit fähig.

Kramer (Glogau).

58) **A. Herz.** Zur Diagnostik der Zwerchfellhernie. (Aus der IV. medizinischen Abteilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien. Prof. Kovács.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 40.)

H. macht an der Hand eines am Lebenden diagnostizierten Falles von wahrscheinlich angeborenem Zwerchfellsbruch eines 30jährigen Mannes auf ein durch

die röntgenologische Untersuchung festgestelltes Symptom aufmerksam, das zur Unterscheidung der Hernia diaphragmatica von einer Eventratio diaphragmatica verwertet werden kann, nämlich auf das Phänomen der paradoxen respiratorischen Bewegung aufmerksam. Bei der Hernie nämlich machen die dem Loch im Zwerchfell anliegenden Baucheingeweide — in H.'s Falle die Flexura coli lienalis und das Colon descendens — eine der normalen Respirationsphasenbewegung entgegengesetzte Bewegung, Hebung bei der Inspiration, wahrscheinlich infolge einer aspiratorischen Zugwirkung auf die Intestina, und Senkung bei der Exspiration durch Aufhören dieser Wirkung. **Kramer** (Glogau).

59) **H. B. Shaw** and **G. E. O. Williams.** A case of intrathoracic dermoid cyst.

(Lancet 1905. November 4.)

Verff. bereichern die wenig umfangreiche Literatur über intrathorakale Dermoide um eine weitere Beobachtung aus dem University college hospital. Es handelt sich um eine 26jährige Pat., deren wichtigstes Krankheitssymptom das Aushusten von Haaren war, das sie schon seit ihrer Kindheit beobachtete. Eine leichte Hervortreibung der Brust rechts neben dem Brustbeine mit absoluter Dämpfung und ausgeprägtem Röntgenschatten kennzeichneten die Lage des Dermoids. Pat. wurde ohne Operation im alten Zustand entlassen. — Verff. berichteten sodann eingehend über die bislang beschriebenen 35 Fälle der sehr seltenen Krankheit. Das Lebensalter, in welchem die Erscheinungen meist zum Aufsuchen des Arztes führen, liegt in Deutschland zwischen 20 und 30 Jahren. Beide Geschlechter waren gleichmäßig betroffen; Haarexpektoration bestand in sieben Fällen. Die Dermoidcysten der Brusthöhle liegen meist im oberen Brustteil, und sie haben die ausgesprochene Neigung zu Verwachsung und Perforation in die Nachbarschaft (Perikard, Bronchien usw.); auch hinten am Halse können die Cysten perforieren und chronische Fisteln veranlassen. Das Leiden kann früher (nach einigen Tagen) oder später (nach 44 Jahren in einem Falle) zum Tode führen.

Differentialdiagnostisch kommen pleuritischer Erguß, Empyem, Aneurysmen, perikarditische Ergüsse, Mediastinalabszesse, retrosternale Kröpfe, sternale Neubildungen und Echinokokken in Betracht. Eine Punktion der Cysten ist augenscheinlich ungefährlich.

Es besteht eine vierfache Ursprungsmöglichkeit dieser Cysten: 1) es sind echte Teratome, 2) branchiogene Reste, 3) können sie in Kombination mit bösartigen Neubildungen, wie Teratoma myomatodes (Virchow), vorkommen, 4) können es abgesprengte Speiseröhrenpartien sein, wie in dem Falle Fletcher's, wo sich die Cyste mit dem embryonalen ösophagealen Flimmerepithel ausgekleidet fand. — Die Behandlung kann nach den Ausführungen der Verff. nur eine chirurgische sein und hat bislang in den meisten Fällen in Drainage und Verödungsversuchen bestanden; der Erfolg war oft recht befriedigend. Einmal gelang es, die Cyste in toto zu exstirpieren.

Die in Betracht kommende, hierher gehörige Literatur ist anscheinend vollständig angeführt. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

60) **Steinthal.** Zur Dauerheilung des Brustkrebses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. p. 226.)

Innerhalb 13 Jahren wurden an 145 weiblichen Kranken 166 Mammaamputationen ausgeführt. Verheiratet waren 80,6%, geboren hatten 70,2%, davon hatten gestillt 72,7%. Bei 18% war eine puerperale Mastitis vorausgegangen. Nachrichten über das Dauerresultat ließen sich bei 99 Kranken erhalten. Davon leben rezidivfrei 33, rezidiviert sind 63, an der Operation gestorben 2, an einer interkurrenten Krankheit gestorben 1. Die Zahl der Dauerheilungen von mehr als 3 Jahren beträgt daher 33$^1/_3$%. Rezidive nach dem 3. Jahre wurden nur 3 beobachtet. Das Rezidiv trat im Durchschnitte von 40 Fällen 7,2 Monate nach der Operation auf. Verf. teilt seine Fälle in drei Gruppen: Von 14 Fällen mit langsamem Wachstum, kleinem Tumor und geringen Drüsenmetastasen wurden 11 ge-



heilt, 3 rezidivierten. Von 68 mittelschweren Fällen wurden 20 geheilt, 48 rezidivierten. Von 7 schweren Fällen, bei denen der größte Teil der Mamma ergriffen, der Tumor mit Haut und Unterlage verwachsen und auch die Supraclaviculardrüsen häufig nachweisbar erkrankt waren, wurde keiner gerettet. Das Heil der Kranken für die Zukunft sieht Verf. in frühzeitiger Diagnose und ausgedehnter Operation.

M. v. Brunn (Tübingen).

61) **Wendel.** Über angeborene Brustmuskeldefekte.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 4.)

Unter der stattlichen Zahl von 172 in der Literatar niedergelegten Fällen von angeborenem Brustmuskeldefekte hat W.'s Beobachtung insofern eine Bedeutung, als es sich hier um doppelseitigen Defekt handelt, der bisher nur einmal, von v. Noorden, beschrieben worden ist. Bei dem 32 Jahre alten Manne fehlte die sternokostale Portion des Pectoralis major, der Pectoralis minor, dem Serratus fehlten die oberen Zacken.

Haeckel (Stettin).

62) **A. E. Isaacs** (New York). Suture of veins; review of the subject and report of a case.

(Amer. journ. of surgery 1905. August.)

Historische Übersicht und Beschreibung eines Falles von Naht der V. axillaris in 1 Zoll Länge mittels fortlaufender, die ganze Venenwand fassender, feiner Seidennaht. Der Einriß war bei der Operation eines Mammakarzinoms mit Achseldrüsenmetastasen entstanden. Die Venenscheide wurde extra mit Seide genäht. Ödem des Armes, das nach 6 Monaten allmählich schwand. Da auch in 14 Monaten keine Kollateralvenen sichtbar wurden, nimmt Verf. an, daß sich ein Thrombus gebildet hatte, der resorbiert wurde, so daß die Venenlichtung wieder frei wurde.

Goebel (Breslau).

63) **F. Brüning.** Zwei seltene Fälle von subkutaner Sehnenzerreißung.

(Aus der chirurgischen Abteilung des evang. Diakonissenhauses in Freiburg i. Br. Prof. Goldmann.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 40.)

Der erste Fall betraf einen subkutanen Abriß der peripheren Bicepssehne nahe ihrem medialen Ansatze mit Hämatombildung um das Sehnenende, der zweite eine Zerreißung der Sehne des Tibialis anticus am Fußgelenke (Sturz bei im Schneeschuh fixierten Fuß); beidemal wurde durch die operative Vereinigung der auseinandergewichenen Enden ein sehr günstiges funktionelles Resultat erreicht.

Kramer (Glogau).

64) **H. Mohr** (Bielefeld). Zur Kenntnis der tiefliegenden paraartikulären Lipome.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 38.)

In dem mitgeteilten Falle waren die beiden Lipome, welche dicht unterhalb des linken Ellbogengelenkes an der Streck- und Beugeseite des Vorderarmes saßen, und deren eines Druckerscheinungen auf einen Nerven (Extensorenparese am 3. und 4. Finger, Parästhesien) hervorrief, aus dem Spatium interosseum, dicht am Ansatze der Gelenkkapsel, hervorgegangen; sie hingen durch einen dieses durchsetzenden, dünnen Stiel miteinander zusammen und waren mit der Gelenkkapsel dem Periost usw. verwachsen. Bei Pro- und Supinationsbewegungen war ein weiches Knirschen in der Gegend des Radiusköpfchens fühlbar. Die Entfernung der Geschwulst gelang ohne größere Schwierigkeiten; doch behielt die Pat., welche außerdem noch ein subkutanes Lipom in der Schultergegend hatte, die Parese der Extensoren.

Kramer (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

177

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König**, in Jena, **E. Richter**, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

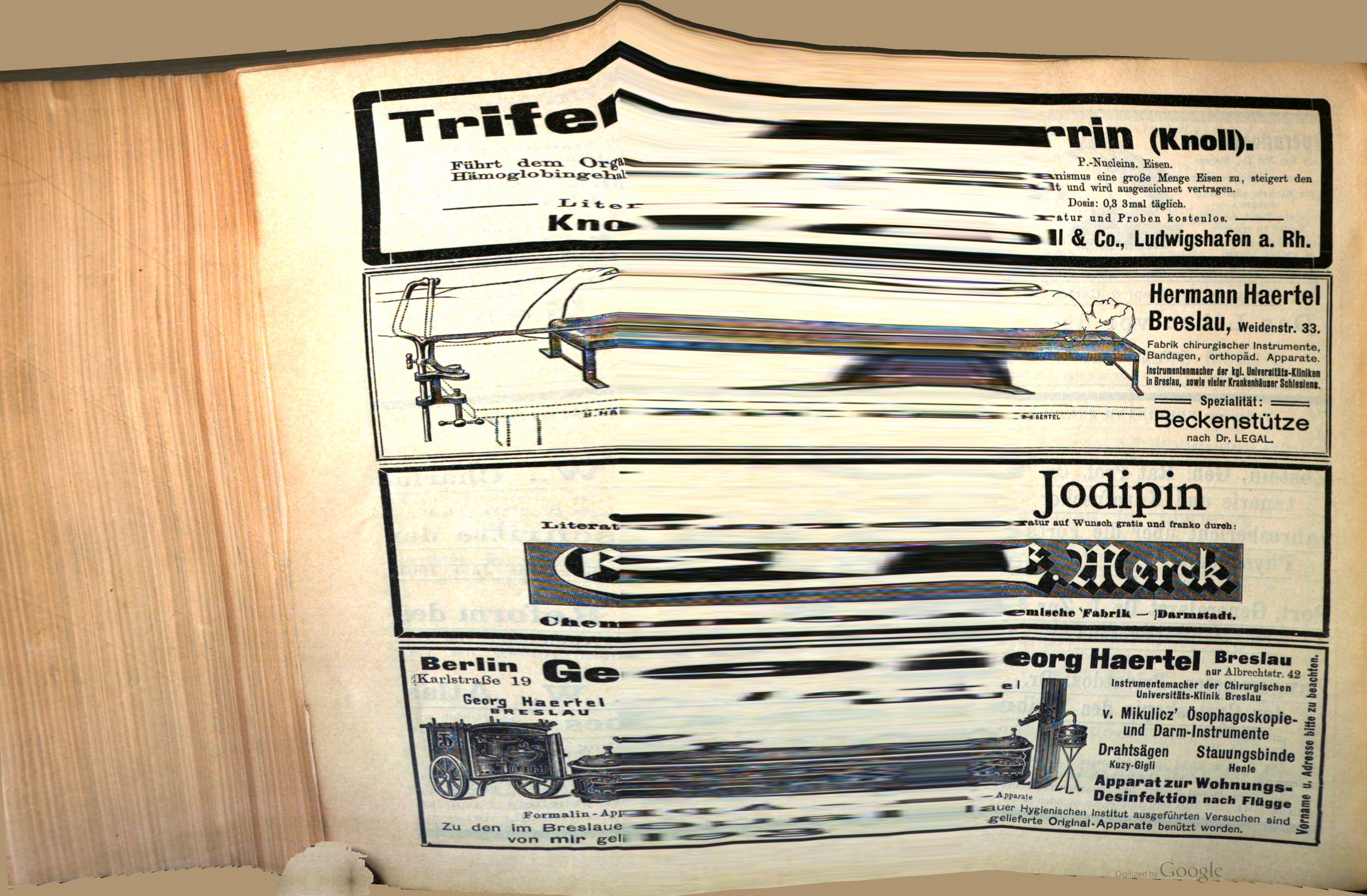
Nr. 52. **Sonnabend, den 30. Dezember.** **1905.**

Medizinischer Anzeiger.

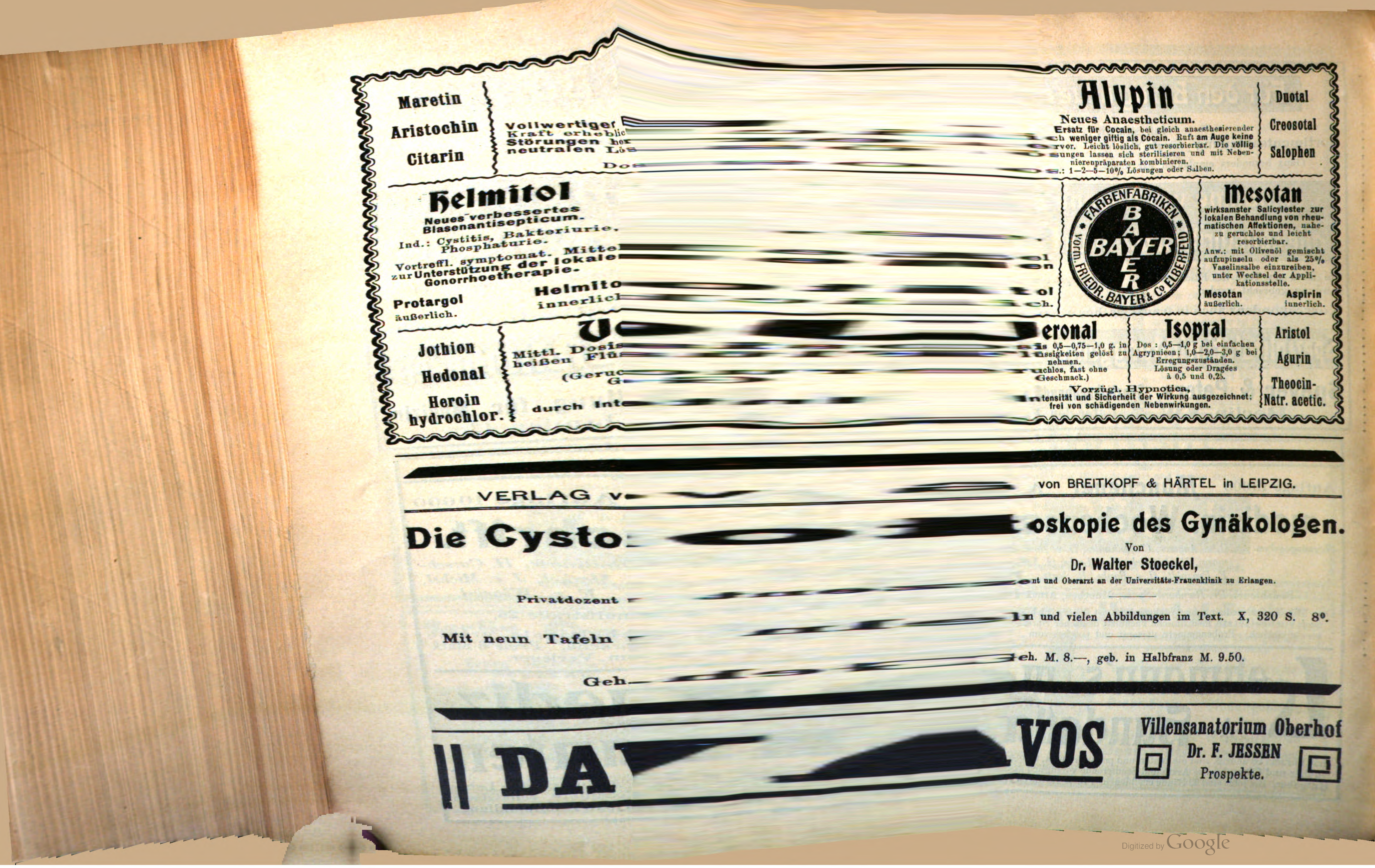


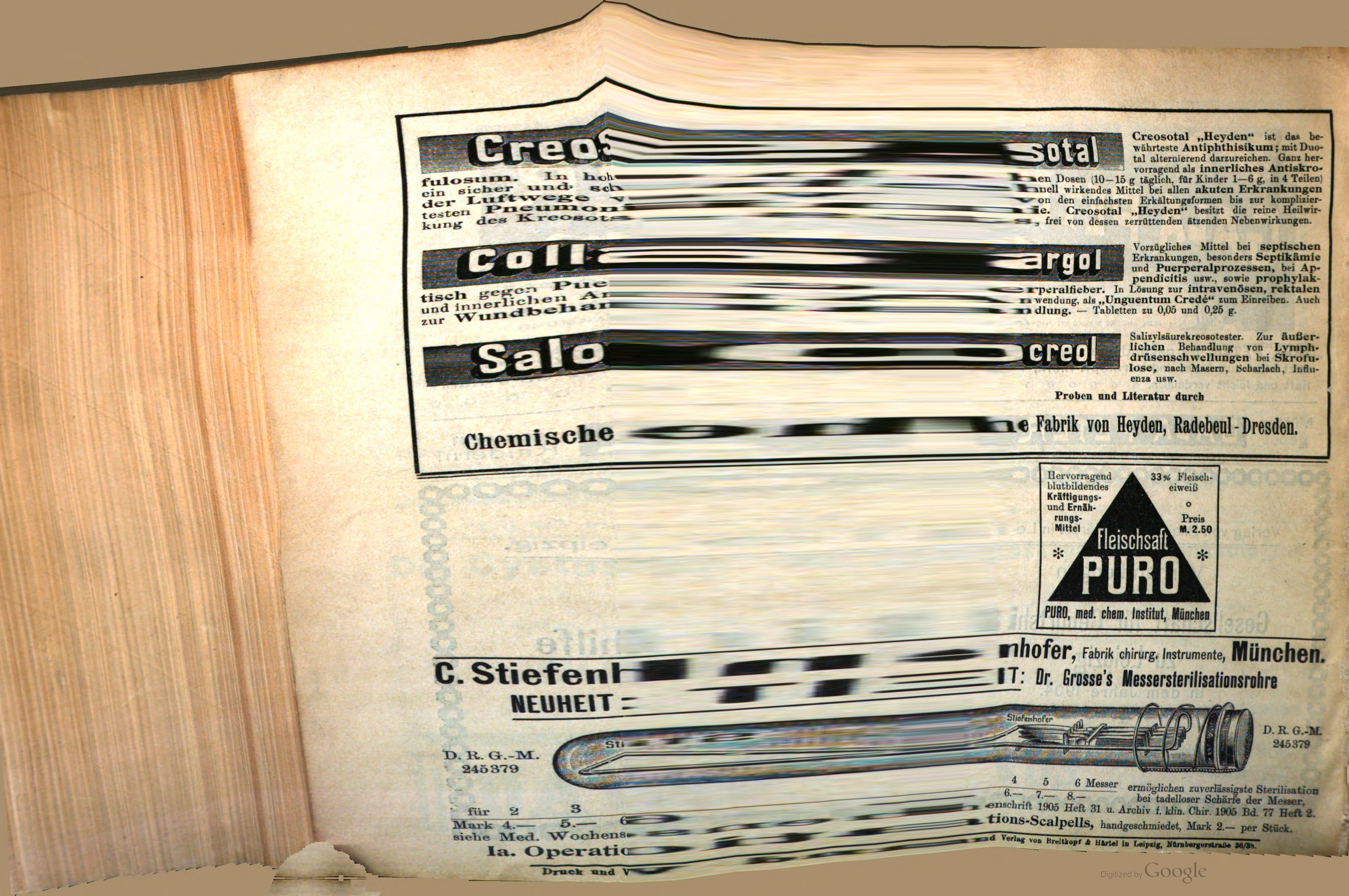
Breitkop
f & Härtel in Leipzig.
Einladu
ng zum Abonnement 1906.
Zentralbla
tt für die gesamte Medizin
Innere Me
dizin — Chirurgie — Gynäkologie.
Wöchentlich
eine Nummer. Vierteljährlich M. 12.50.
Zentralb
latt für innere Medizin
herausgegeben von
Binz in Bonn, v.
Leube in Würzburg, v. Leyden in Berlin, Naunyn in Strafsburg i. E.,
redigiert von
H. Unverricht in Magdeburg.
27. Jahrgang.
Wöchentlich eine Nummer. Halbjährlich M. 10.—.
Zentr
tralblatt für Chirurgie
herausgegeben von
E. v. Bergmann
n in Berlin, F. König in Jena, E. Richter in Breslau.
33. Jahrgang.
Wöchentlich eine Nummer. Halbjährlich M. 10.—.
Zentra
ralblatt für Gynäkologie
herausgegeben von
Heinrich Fritsch in Bonn.
30. Jahrgang.
Wöchentlich eine Nummer. Halbjährlich M. 10.—.
Pro
robenummern unentgeltlich.
Bücher
kaufen und liefern
Mediz. Antiquar.-Kataloge gratis.
Krüger & Co. in Leipzig.



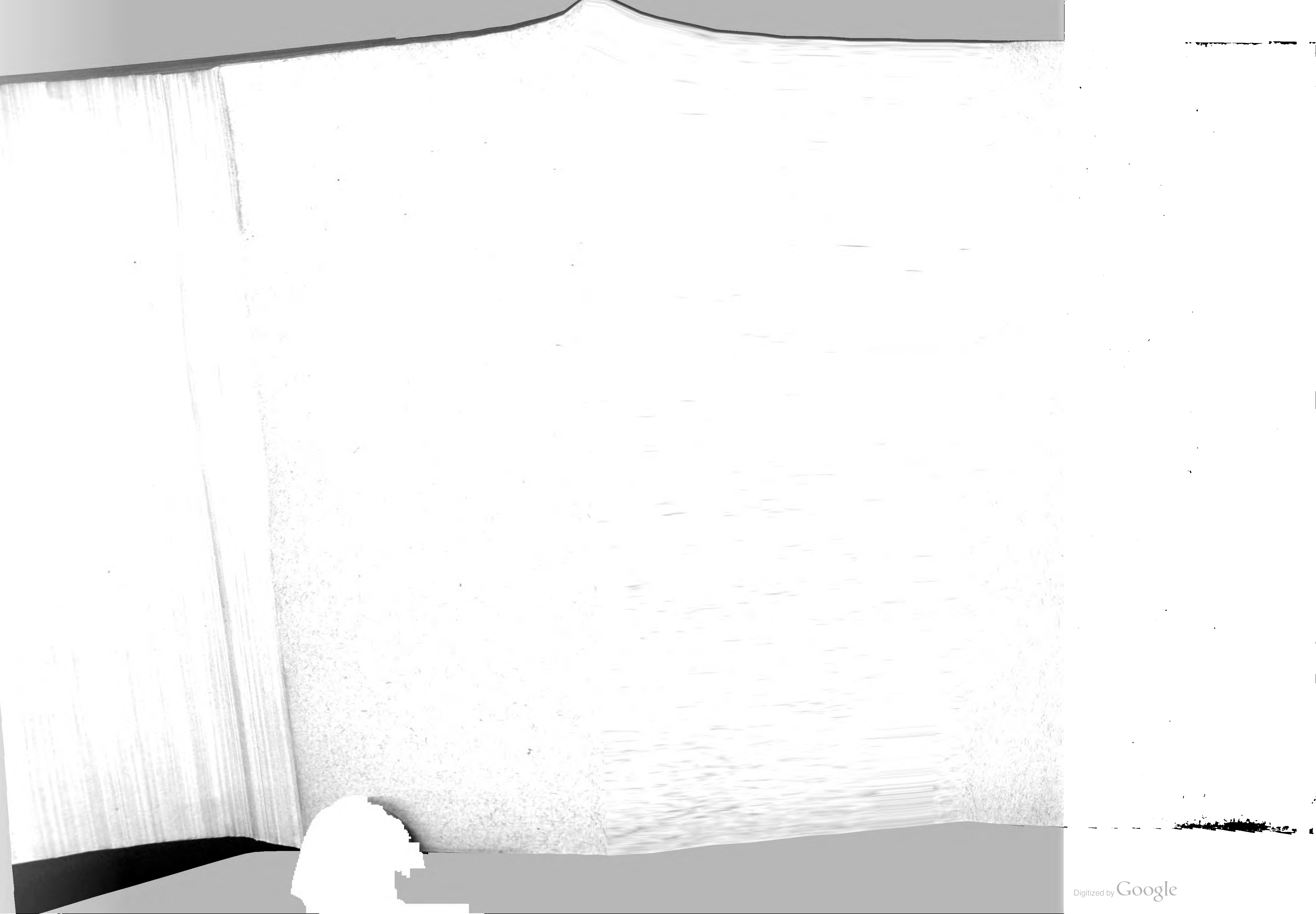


Trifer
rrin (Knoll).
P.-Nucleins. Eisen.
Führt dem Orga
nismus eine große Menge Eisen zu, steigert den
Hämoglobingehal
t und wird ausgezeichnet vertragen.
Dosis: 0,3 3mal täglich.
Liter
atur und Proben kostenlos.
Kno
ll & Co., Ludwigshafen a. Rh.
Hermann Haertel
Breslau, Weidenstr. 33.
Fabrik chirurgischer Instrumente, Bandagen, orthopäd. Apparate.
Instrumentenmacher der kgl. Universitäts-Kliniken in Breslau, sowie vieler Krankenhäuser Schlesiens.
Spezialität:
Beckenstütze
nach Dr. LEGAL.
Jodipin
Literat
ratur auf Wunsch gratis und franko durch:
E. Merck
Chem
emische Fabrik — Darmstadt.
Berlin
Karlstraße 19
Georg Haertel
Breslau
nur Albrechtstr. 42
Instrumentenmacher der Chirurgischen Universitäts-Klinik Breslau
v. Mikulicz' Ösophagoskopie- und Darm-Instrumente
Drahtsägen
Kuzy-Gigli
Stauungsbinde
Henle
Apparat zur Wohnungs-Desinfektion nach Flügge
Georg Haertel
BRESLAU
Formalin-App
Apparate
Zu den im Breslaue
uer Hygienischen Institut ausgeführten Versuchen sind
von mir gel
gelieferte Original-Apparate benützt worden.
Vorname u. Adresse bitte zu beachten.


Maretin
Aristochin
Citarin
Vollwertiger
Kraft erheblic
Störungen he
neutralen Lö
Dos
Alypin
Neues Anaestheticum.
Ersatz für Cocain, bei gleich anaesthesierender
weniger giftig als Cocain. Ruft am Auge keine
Leicht löslich, gut resorbierbar. Die völlig
Lösungen lassen sich sterilisieren und mit Nebennierenpräparaten kombinieren.
1—2—5—10% Lösungen oder Salben.
Duotal
Creosotal
Salophen
Helmitol
Neues verbessertes Blasenantisepticum.
Ind.: Cystitis, Bakteriurie, Phosphaturie.
Vortreffl. symptomat. Mittel zur Unterstützung der lokalen Gonorrhoetherapie.
Protargol
äußerlich.
Helmitol
innerlich.
FARBENFABRIKEN vorm. FRIEDR. BAYER & Co. ELBERFELD
BAYER
Mesotan
wirksamster Salicylester zur lokalen Behandlung von rheumatischen Affektionen, nahezu geruchlos und leicht resorbierbar.
Anw.: mit Olivenöl gemischt aufzupinseln oder als 25% Vaselinsalbe einzureiben, unter Wechsel der Applikationsstelle.
Mesotan
äußerlich.
Aspirin
innerlich.
Jothion
Hedonal
Heroin hydrochlor.
Mittl. Dosis
heißen Flü
(Geruc
durch Int
Veronal
Isopral
Dos: 0,5—1,0 g bei einfachen Agrypnieen; 1,0—2,0—3,0 g bei Erregungszuständen.
Lösung oder Dragées à 0,5 und 0,25.
Vorzügl. Hypnotica,
Intensität und Sicherheit der Wirkung ausgezeichnet; frei von schädigenden Nebenwirkungen.
Aristol
Agurin
Theocin-Natr. acetic.
VERLAG von BREITKOPF & HÄRTEL in LEIPZIG.
Die Cysto ... oskopie des Gynäkologen.
Von
Dr. Walter Stoeckel,
Privatdozent und Oberarzt an der Universitäts-Frauenklinik zu Erlangen.
Mit neun Tafeln und vielen Abbildungen im Text. X, 320 S. 8°.
Geh. M. 8.—, geb. in Halbfranz M. 9.50.
DA VOS
Villensanatorium Oberhof
Dr. F. JESSEN
Prospekte.



Creos sotal
Creosotal „Heyden“ ist das bewährteste Antiphthisikum; mit Duotal alternierend darzureichen. Ganz hervorragend als innerliches Antiskrofulosum. In hoh en Dosen (10—15 g täglich, für Kinder 1—6 g, in 4 Teilen) ein sicher und sch nell wirkendes Mittel bei allen akuten Erkrankungen der Luftwege v on den einfachsten Erkältungsformen bis zur kompliziertesten Pneumon ie. Creosotal „Heyden“ besitzt die reine Heilwirkung des Kreosot s, frei von dessen zerrüttenden ätzenden Nebenwirkungen.
Coll argol
Vorzügliches Mittel bei septischen Erkrankungen, besonders Septikämie und Puerperalprozessen, bei Appendicitis usw., sowie prophylaktisch gegen Pue rperalfieber. In Lösung zur intravenösen, rektalen und innerlichen A nwendung, als „Unguentum Credé“ zum Einreiben. Auch zur Wundbehan dlung. — Tabletten zu 0,05 und 0,25 g.
Salo creol
Salizylsäurekreosotester. Zur äußerlichen Behandlung von Lymphdrüsenschwellungen bei Skrofulose, nach Masern, Scharlach, Influenza usw.
Proben und Literatur durch
Chemische e Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.
Hervorragend blutbildendes Kräftigungs- und Ernährungs-Mittel
33% Fleisch-eiweiß
Preis M. 2.50
Fleischsaft PURO
PURO, med. chem. Institut, München
C. Stiefen hofer, Fabrik chirurg. Instrumente, München.
NEUHEIT: Dr. Grosse's Messersterilisationsrohre
Stiefenhofer
D. R. G.-M. 245379
D. R. G.-M. 245379
für 2 3 4 5 6 Messer
Mark 4.— 5.— 6.— 7.— 8.—
ermöglichen zuverlässigste Sterilisation bei tadelloser Schärfe der Messer,
siehe Med. Wochens chrift 1905 Heft 31 u. Archiv f. klin. Chir. 1905 Bd. 77 Heft 2.
Ia. Operatio tions-Scalpells, handgeschmiedet, Mark 2.— per Stück.
Druck und V d Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07582 2463


Digitized by Google

